

平成 30 年度  
老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

**認知症の症状が進んできた段階における  
身体合併症に関する調査研究事業**

**報 告 書**

**公益社団法人 全日本病院協会**

**平成 31（2019）年 3 月**



# 認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業 報告書(概要)

## 1. 本研究の目的

入院医療において、認知症と身体合併症を併せ持つ患者への適切な対応を行うためには、精神科以外の病床における行動・心理症状（BPSD）への対応力を高める視点や、精神科の病床における身体合併症への対応力を高める視点の他、精神科の入院医療機関と精神科以外の入院医療機関との適切な連携をとる視点が重要である。

また、重篤な身体合併症の場合などにおいては、積極的治療を行うか高い QOL の実現を図るかといった疾病の治療方針や治療目標上の選択を迫られることとなるが、本人・家族の意志を尊重しながらこれを決定するにあたり、健常な高齢者とは異なる視点の検討が必要となる場面もあると考えられる。

また、認知症の程度の違いや、入院当初（急性期）から慢性期にいたるまでの段階の違いごとに異なる配慮が必要となる場合があるため、事業を行う上では、それぞれの段階に応じた検討が必要と考えられる。

本事業では、まず入院医療機関における認知症の人の入院・治療方針等の実態と課題を明らかにした。そのうえで、認知症の症状が進んできた段階の身体合併症へ対応するための手法、本人・家族の意志を踏まえた身体合併症に関する疾病の治療方針の決定に関する課題について検討を行った。

## 2. 本研究の実施内容

本研究では、下表のような論題設定を行い、「一般・療養病棟調査票」と「精神病棟調査票」の2種類の調査票を用いたアンケート調査と、病院に対するインタビュー調査を行った。

### ◆一般・療養病棟における認知症を有する患者の対応状況について

- ・一般・療養病棟において、対応や受け入れが困難となりやすい BPSD の内容は何か。
- ・一般・療養病棟において、認知症のある患者に対し、どのような対応が行われているのか。
- ・一般・療養病棟において、認知症を有する患者の退棟（退院・転院・転棟）先はどのようになっているか。
- ・今後、一般・療養病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって必要な支援・連携はどのようなものか。
- ・上記について、急性期/回復期/慢性期の病棟間に実態や課題の違いがみられるか。

### ◆一般・療養病棟における意思確認の困難な重度の認知症を有する患者への対応について

- ・意思確認の困難な重度の認知症を有する患者について、どのような判断材料をもとに治療方針が決められているのか。
- ・身体疾患を持つ認知症患者の治療目的や治療方針にあたり、患者本人や家族の意志を把握・尊重するための取組として、いかなることが行われているのか。

◆精神病棟における身体合併症を有する認知症患者の受入困難や対応について

- ・精神病棟では、身体疾患への対応として、どのようなものを困難としているか。
- ・身体合併症を有する患者に関する連携の状況や課題は、どのようになっているか。

### 3. 調査研究の主要結果

#### (1) 一般・療養病棟における認知症を有する患者の対応状況について

##### <一般・療養病棟において対応や受入が困難となりやすいBPSDの内容>

- ・一般・療養病棟において、対応困難となりやすい認知症BPSDとしては、徘徊・帰宅願望が最も多く、次いで治療・処置への抵抗、職員への暴力、奇声・大声が多い。このうち、「治療・処置への抵抗」については、急性期一般病棟1～3でより顕著である。

##### <一般・療養病棟における認知症を有する患者への対応状況>

- ・BPSDにより対応困難となった際にとられる対応として、職員が常時付き添うといった対応のほか、身体拘束や行動を落ち着かせるための薬剤投与が、急性期～慢性期を問わず、多くの病棟で行われている。これらに比べると、「とられることが多い対応」として、精神病棟への転院・転棟要請を挙げた病棟は少ない。
- ・これを病棟の種類別にみると、医療療養病床では、精神病棟への転院・転棟要請を挙げた病棟の割合がやや多い。これは、入棟期間が長い医療療養病棟では、対応困難な症例が長期にわたり入院した後に、精神病棟に転棟・転院するケースが多いことが考えられる。
- ・BPSDにより対応困難な患者に対し、職員が常時付き添う病棟や、認知症患者への対応のための取組として、頻回の見回りを行っている病棟は多い一方、職員の加配を行う病棟は少ない。

##### <一般・療養病棟における認知症を有する患者の退棟（退院・転院・転棟）の状況>

- ・認知症を有する退棟患者のうち、認知症への対処のために退棟した者の割合は、いずれの病棟種類においても、6%に満たない。
- ・認知症を有する退棟患者の行き先としては、医療療養病床を除いては「自宅」が最も多い。一方、精神病棟への退棟は、最も多い「医療療養病棟」においても2%に満たない。
- ・「認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態から見た通常の入院期間よりも短い期間で退棟した患者」についてみると、退棟後の行き先が精神病棟であったケースは、認知症が重度であるほど、割合が大きい。認知症を有する患者が一般・療養病棟から精神病棟に転院・転棟するケースは、認知症を有する患者全体の中では少ないものの、重度の認知症の場合は、その割合が大きくなるものと考えられる。
- ・「認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態から見た通常の入院期間よりも短い期間で退棟した患者」について、BPSD等があった患者の退棟後の行き先をみると、「自宅」が最も多く、精神病棟への転院・転棟は少ない。この理由としては、BPSD等があったとした回答の中に、一過性の意識障害であるせん妄が含まれており、その多くを一般・療養病床で対応治療して在宅に返していることが考えられる。

**<一般・療養病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって必要な支援・連携>**

- ・いずれの病棟区分においても、「BPSDにより自院での対応が難しい患者の一時的な受入」を挙げた病棟が50%台～60%台にのぼる。また、「BPSDへの対応に関するアドバイスを受りたい」との回答は40%台～60%台、「意思決定支援に関するアドバイスを受りたい」との回答は30%～50%である。

**(2) 一般・療養病棟における意思確認の困難な重度の認知症を有する患者の意思決定支援について**

**<意思確認の困難な重度の認知症を有する患者の治療・延命の方針にあたっての判断材料>**

- ・一般・療養病棟において、認知症により本人の意思の確認が困難な患者の治療や延命の方針は、家族・親族の希望や、家族・親族を通じて確認した過去の本人の意思が、判断材料とされることが多い。
- ・また、本人の意思ではなく、家族・親族の希望によって決定がなされていることを課題ととらえている病棟も多い。

**<患者本人や家族の意志を把握・尊重するための取組>**

- ・意思確認の困難な重度の認知症を有する患者に対する積極的な治療や延命治療について、医療療養病棟のうちの41.4%、それ以外の病棟区分では50%以上の病棟が、「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない」と回答した。また、「意思の確認が困難な場合、原則として積極的な治療を行う」や「意思の確認が困難な場合、原則として延命治療を行う」との回答は、急性期一般病棟のみならず、医療療養病棟でもみられた。

**(3) 精神病棟における身体合併症への受入困難や対応について**

**<精神病棟における身体疾患への対応状況>**

- ・精神病床を有する病院のうち、精神病床が80%以上の病院では、それ未満の病院に比べ、手術や重度の代謝疾患への対応を困難とする病棟が多い。

**<身体合併症を有する患者に関する連携の状況・課題>**

- ・現状で、「認知症の治療が主たる入院目的である患者のうち、身体疾患の治療・管理のために転院・転棟することが望ましいが、認知症が原因で受入先が確保できていない」との回答の割合は小さい。
- ・一方、精神病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって得たい支援内容としては、身体疾患により自院での対応が難しい患者の受入を希望する病棟が多い。

## **4. 提言**

**(1) 患者情報の的確なアセスメント**

- ・各病棟ともに多く存在する認知症患者の、入棟前の居場所は一般病棟では自宅が多い。入院の理由も、「身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入院」であることが多く、別の病院や病棟からの転院・転棟よりも、在宅から入院に至ることが多いのが実態である。自宅から入棟する場合には、往々にして認知症の状態像や生活背景等を含め、患者に関する細かい情報が担当病棟で把握されていないこともありう

る。

- ・ 認知症の患者については、日常の生活からの変化によって症状が悪化する等もあるため、従前の状況を含めて、個々の患者の状況をしっかりとアセスメントし、対応を検討することが必要である。
- ・ なお、入棟時のアセスメントだけではなく、日々の様子、気になった症状等も記録をし、病棟内で共有することも必要である。病棟では家族も知らない症状が出現することもあるため、認知症をはじめその後の対応を検討するに際しても、アセスメントにより、患者の状態を包括的に把握することが重要である。

## (2) 精神科がない場合の支援体制の充実

- ・ 認知症の BPSD により、一般病棟等で対応が困難となり、その対応のために退棟となる患者はわずかではあるが、存在するのも事実である。一般病院への入院の場合は、身体疾患が主要因で入院しているため、その疾患の回復ではない理由での退棟は好ましくはないが、暴力行為等の対応が難しい場合には、他の病棟への転棟、転院、施設への入所等の選択をせざるを得ないこともある。
- ・ BPSD により対応困難となった場合の対応としては、「家族の付添」とならんで、「薬剤の服用」「身体拘束」が上位にのぼっている。本来であれば、職員が常時付き添ったり、患者の要望等にこまめに対応したり、寄り添いのケア等の対応をすることが望ましいと思われるが、職員の加配等が行われることはほとんどなく、現状維持が通常の人員体制では対応が難しいのも現実である。
- ・ また、認知症患者の対応のために精神科医をはじめ、専門職の確保ができることが好ましいが、そのような体制整備も難しいのが実態である。
- ・ これらを踏まえると、精神病棟がない病院においては、内部で余裕をもった人材配置ができることも重要ではあるが、地域全体で認知症患者を診る体制により、対応するような支援体制を構築していくことが望まれる。

## (3) 意思確認が難しい認知症患者への対応に関する国全体での議論の必要性

- ・ これからますます増加することが見込まれている認知症患者については、本人との意思疎通が難しいだけでなく、家族と本人の意向が異なることも多く、治療方針の決定に苦慮する医療機関も多いのが現実である。
- ・ 病院として意思確認が困難な場合の判断基準や方針が特に定められていないことも多いのは、これらの方針を個別の医療機関がそれぞれ決定することは非常に負担が大きいことにも起因すると思われる。
- ・ 認知症患者への対応のあり方については、医療そのもののありようにもつながることである。すでの方針や判断基準を設けている病院等の取組も参考とする一方で、個別病院だけで検討・決定を行うようにするだけではなく、国全体で議論が展開されることが必要である。
- ・ この調査の結果からは、現在は医療機関間の連携はある程度行われているが、今後大幅に増加する認知症患者に対応するにはさらなる連携が必要になる。また、それぞれの医療機関は認知症患者の治療・ケアに対応できる治療・ケアの知識・技術を持たなければならない状況である。

## 目次

第1章	調査の目的と方法	1
1.	本研究の背景・目的	1
2.	調査研究の視点	2
3.	調査研究の方法	10
第2章	一般・療養病棟調査票の集計結果	16
1.	一般・療養病棟調査票の回答病院の概況	16
2.	一般・療養病棟の概況	19
3.	認知症の入院患者の状況	21
4.	認知症患者の受入等に係る対応方針・受入状況	29
5.	認知症患者への対応にかかる取組や希望	40
6.	認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態からみた通常の入院期間よりも短い期間で転棟・転院・退院した患者の退棟時の状態	44
第3章	精神病棟調査票の集計結果	49
1.	精神病棟調査票の回答病院の概況	49
2.	精神病棟の概況	52
3.	精神病棟の入院患者の状況	53
4.	患者の入退棟の状況	54
5.	身体疾患への対応状況	55
6.	身体疾患への対応にあたり得たい支援等	56
第4章	インタビュー調査	57
1.	調査方法と対象施設	57
2.	調査結果概要	57
第5章	まとめと提言	60
1.	調査結果のまとめ	60
2.	調査結果を踏まえた提言	62





# 第1章 調査の目的と方法

## 1. 本研究の背景・目的

日本における認知症を有する人の数は、高齢化の進展に伴い、2015年時点で500万人を突破し、2025年には約700万人（65歳以上の高齢者の約5人に1人）に達すると推計されている。

認知症を有する人の大半は高齢者であり、転倒による骨折や肺炎などの身体疾患に罹患しやすい。また、身体の不調も認知症 BPSD の悪化につながることが多い。認知症を有する人の増加に伴い、認知症と身体疾患を併せ持つ患者も増加が見込まれる。

2015年、厚生労働省は関係府省庁と共同で、「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」を策定した。新オレンジプランでは、認知症の容態の変化に応じて適時・適切な医療・介護等が提供される循環型の仕組み（早期診断・早期対応を軸とし、行動・心理症状や身体合併症等が見られた場合にも、医療機関・介護施設等での対応が固定化されないように、退院・退所後もその時の容態に最も相応しい場所で適切なサービスが提供される仕組み）の構築が目指されている。

入院医療において、認知症と身体合併症を併せ持つ患者への適切な対応を行うためには、精神科以外の病床における行動・心理症状（BPSD）への対応力を高める視点や、精神科の病床における身体合併症への対応力を高める視点の他、精神科の入院医療機関と精神科以外の入院医療機関との適切な連携をとる視点が重要である。

また、重篤な身体合併症の場合などにおいては、積極的治療を行うか高いQOLの実現を図るかといった疾病の治療方針や治療目標上の選択を迫られることとなるが、本人・家族の意志を尊重しながらこれを決定するにあたり、健常な高齢者とは異なる視点の検討が必要となる場面もあると考えられる。

また、認知症の程度の違いや、入院当初（急性期）から慢性期にいたるまでの段階の違いごとに異なる配慮が必要となる場合があるため、事業を行う上では、それぞれの段階に応じた検討が必要と考えられる。

本事業では、まず入院医療機関における認知症の人の入院・治療方針等の実態と課題を明らかにした。そのうえで、認知症の症状が進んできた段階の身体合併症へ対応するための手法、本人・家族の意志を踏まえた身体合併症に関する疾病の治療方針の決定に関する課題について検討を行った。

## 2. 調査研究の視点

### (1) 既存文献の整理

調査に先立って、入院医療機関における身体合併症を有する認知症患者の受入・治療等の実態や課題に関する既存研究を収集・整理した。

#### ① 収集条件

2011年度以降の老人保健健康増進等事業のうち認知症について扱った研究事業、および国立情報学研究所「CiNii」において「認知症 身体合併」および「認知症 身体疾患」を検索語として検索された文献のうち、入院医療や入院患者を対象としたと考えられる文献を収集対象とした。

上記からは、「身体合併症を有する認知症患者に対する入院治療の実態に関する報告・研究」「身体合併症を有する認知症患者に関する課題提起」「身体合併症を有する認知症患者の状態像・転帰」「身体合併症を有する認知症患者への介入のスキル・効果」「身体疾患別の認知症患者への対応方法」等を扱った文献が抽出されたが、このうち前2者（「身体合併症を有する認知症患者に対する入院治療の実態に関する報告・研究」「身体合併症を有する認知症患者に関する課題提起」）を検討の対象とした。

#### ② 検討対象とした文献

- ・日本精神科病院協会（2018）「認知症の症状が進んできた段階における終末期ケアのあり方に関する調査研究事業報告書」（2017年度老人保健健康増進等事業）
- ・日本精神科病院協会（2017）「認知症の症状が進んできた段階における医療・介護のあり方に関する調査研究事業報告書」（2016年度老人保健健康増進等事業）
- ・富士通総研（2017）循環型による認知症の医療・介護等の提供のあり方に関する調査研究事業」（2016年度老人保健健康増進等事業）
- ・富士通総研（2016）認知症の人の行動・心理症状や身体合併症対応など循環型の医療介護等の提供のあり方に関する調査研究事業」（2015年度老人保健健康増進等事業）
- ・小田原 俊成（2016）「総合病院における認知症診療の臨床的課題」横浜医学 = Yokohama medical journal 67(2), 95-101, 2016-04
- ・井藤 佳恵（2016）「認知症高齢者の身体治療に関する意思決定のあり方（特集 認知症の身体合併症医療：認知症患者の身体疾患治療に関する臨床的諸問題）」老年精神医学雑誌 27(4), 382-389, 2016-04
- ・井上 雅之，中嶋 義文（2016）「総合病院における認知症患者に対する精神科リエゾンの現状と課題（特集 認知症の身体合併症医療：認知症患者の身体疾患治療に関する臨床的諸問題）」老年精神医学雑誌 27(4), 406-412, 2016-04
- ・樫山 鉄矢，西田 賢司，齋藤 正彦（2016）「認知症患者における身体救急の現状と課題（特集 認知症の身体合併症医療：認知症患者の身体疾患治療に関する臨床的諸問題）」老年精神医学雑誌 27(4), 399-405, 2016-04

- ・犬尾 英里子，斎藤 正彦（2015）「認知症の身体合併症の治療,終末期医療の考え方（特集 アルツハイマー病診断後の生活ストラテジー）」老年精神医学雑誌 26(4), 406-412, 2015-04
- ・古田 光（2015）「一般病床高齢者入院患者における認知症実態調査の試み」総合病院精神医学 27(2), 100-106, 2015
- ・中村 重信，寺田 博（2014）「急性期病院における認知症の人の医療」洛和会病院医学雑誌 25, 7-13, 2014-08
- ・服部 英幸，鷺見 幸彦，櫻井 孝 [他]（2014）「一般病院での認知症身体合併症治療はどこまで可能なのか：国立長寿医療研究センター認知症病棟での経験」老年精神医学雑誌 25(2), 185-192, 2014-02
- ・古田 光（2014）「高齢患者の身体疾患への対応：認知症診療の現場から（特集 精神科臨床における身体疾患への対応）」臨床精神医学 43(3), 365-372, 2014-03
- ・近藤 大三，小田原 俊成，栗田 圭一，池尻 義隆，下田 健吾，高橋 晶，竹内 文一，長谷川 朝穂，藤原 修一郎，吉田 常孝，吉村 匡史，田子 久夫（2013）「日本総合病院精神医学会会員に対する認知症診療に関するアンケート調査」総合病院精神医学 25(2), 171-177, 2013
- ・江口 恭子，前田 祐子，久保田 正和，木下 彩栄（2012）「身体合併症で入院した認知症高齢者への一般病院におけるケアのプロセス」京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要：健康科学：health science 7, 23-28, 2012-03-31
- ・三浦 伸義（2012）「医療機関側の問題：身体疾患の治療が必要な認知症患者はどこに入院すればよいのか（特集 受診できない：受診困難という問題）」認知症の最新医療：認知症医療の今を伝える専門誌 2(3), 137-141, 2012-07
- ・鷺見 幸彦（2012）「認知症の身体合併症医療はどうあるべきか（アルツハイマー病診療最前線における課題と展望：アルツハイマー病研究会 記録）--（トラックセッション 認知症の人のための地域包括ケア：2025 年に向けたプログラム）」老年精神医学雑誌 23(-), 101-107, 2012-05
- ・石井 知行（2010）「精神科病床における認知症病棟の機能分化--とくに身体合併症病棟について」日本精神科病院協会雑誌 29(2), 167-173, 2010-02
- ・熊谷 亮，井関 栄三（2010）「認知症の身体合併症は適切に治療されているか--一般病棟における身体拘束の課題を含めて（特集 認知症者の尊厳は守られているか）」老年精神医学雑誌 21(1), 22-26, 2010-01
- ・長谷川友紀（2010）「認知症患者に対する医療提供体制に関する研究：DPC 対象病院へのアンケート調査から」平成 21 年度厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）認知症の包括的ケア提供体制の確立に関する研究，研究報告書，81-87（2010）
- ・熊谷 亮，榛沢 亮，内海 雄思 [他]，小松 弘幸，野澤 宗央，山本 涼子，松原 洋一郎，杉山 秀樹，村山 憲男，井関 栄三，一宮 洋介（2008）「順天堂東京江東高齢者医療センターにおける精神科病棟入院患者の現状：開院当初と比較して」順天堂医学 54(4), 468-473, 2008-12
- ・浅野 弘毅，栗田 圭一，近藤 等（2007）「認知症疾患センターと救急医療（特集 認知

症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1170-1175, 2007-11

- ・栗田 主一 , 渡 路子 (2007) 「認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--新たな政策提言に向けて (特集 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1210-1214, 2007-11
- ・鵜飼 克行 (2007) 「一宮市立市民病院今伊勢分院における認知症高齢者の精神科救急医療と身体合併症医療 (特集 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1184-1189, 2007-11
- ・久保田 洋介 , 亀山 元信 , 村田 祐二 [他] (2007) 「救命救急センターにおける認知症高齢者の救急医療 (特集 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1204-1209, 2007-11
- ・澁谷 孝之 (2007) 「精神科救急システムのなかでの認知症高齢者の救急医療 (特集 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1197-1203, 2007-11
- ・松原 三郎 (2007) 「認知症専門病棟における精神科救急医療と身体合併症医療 (特集 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1176-1183, 2007-11
- ・分島 徹 (2007) 「東京都立松沢病院における認知症高齢者の身体合併症医療 (特集 認知症高齢者の救急医療と身体合併症医療--現状と課題) 」老年精神医学雑誌 18(11), 1190-1196, 2007-11

### ③ 文献より抽出された主な課題

②で検討対象とした既存文献からは、入院医療における身体合併症を有する認知症患者の受入・治療等の課題として、主に下表のものが抽出された。

精神科以外の病床における課題	A: 明らかに対処を要する身体疾患があるにも関わらず、認知症 BPSD があるために受入や治療が困難である B: 治療行為に加えて認知症患者の見守りを行う必要があるため、人員不足につながる C: 患者や家族の意志に沿わない形で、(特に終末期において) 身体疾患に対する過剰な治療が行われてしまう
精神科の病床における課題	D: 対処を要する身体疾患のある認知症患者について、受入・対応が困難である
精神科以外・精神科に共通の課題	E: 身体疾患を持つ認知症患者が一旦入院すると在宅への移行・転院が困難となりやすい F: 認知症患者は訴えの不明瞭さ等から身体疾患が発見されにくいことがある

#### A: 【精神科以外の病床における課題】 明らかに対処を要する身体疾患があるにも関わらず、認知症 BPSD があるために受入や治療が困難である

- ・ 犬尾ほか(2015)は、身体合併症治療の実情として、精神疾患患者のための身体合併症機能の治療病棟等のない病院では、一般病院における精神症状のコントロールのつかない患者の入院管理が困難であるとした。
- ・ 鷺見(2012)は、愛知県内の急性期病院を対象としたアンケート調査を通じて、認知症患者を積極的に受け入れていない病院の理由として、「徘徊や興奮で他の患者に迷惑がかかる」との回答が多いことを報告した。また、認知症患者の処置において最も困難を感じる点として、「診察時に指示が守れないので身体診察および処置ができない」との回答が多いことを報告した。
- ・ 鶴飼(2007)は、精神科病院である一宮市立病院伊勢分院においては、BPSDにより対応不可能とされ紹介される症例が多く見られ、新患の35%が市外からの受診者であり、近隣地域全域のみならず他県からの受診があることを報告した。
- ・ 服部ほか(2014)は、国立長寿医療研究センターのもの忘れセンター病棟の入院患者を対象に、コーエン・マンフィールド agitation 評価票(CMAI)日本語版を用いて非攻撃的行動と攻撃的行動を評価し、認知症身体合併症治療病棟以外の一般病棟で受入れ可能なBPSDのレベルを定量化したところ、BPSDのうち攻撃行動が著しい場合には一般病棟での受入れが困難であるとした。
- ・ 熊谷ほか(2010)は、自身が扱ってきた症例から、一般病院における認知症患者に対する診療の課題として、BPSDにより検査の遂行が困難であることを指摘した。
- ・ 小田原(2016)は、横浜市立大学センター病院の精神病床における2011～2013年の3箇年の認知症患者の入院処遇の調査を通じて、患者に対する行動制限の割合が有意に高

く、その全例が BPSDによる身体疾患治療阻害の防止を理由とした行動制限であったことを報告した。

- ・ 檜山ほか (2016) は、2014年10月28日～2015年1月28日までの3ヶ月間において都立多摩医療センターに救急搬送された高齢者のうち、看護師によって認知症の疑いがあると判断された高齢者では、65%が医療処置のためにミトン装着、胴抑制等の拘束処置を受けており、その他の高齢者に比べ約5倍と有意に多かったことを報告した。
- ・ 井上ほか (2016) は、三井記念病院における、2015年の1年間での、認知症患者についての精神科への リエゾン依頼の内容を分類したところ、せん妄も含めたBPSDに対する治療・評価の依頼が突出して多いことを報告した。
- ・ 三浦(2012)は、認知症を理由とした精神病室以外への入院医療提供の拒否の背景として、医療法施行規則第10条第3項の「精神病患者又は感染症患者をそれぞれ精神病室又は感染症病室でない病室に入院させないこと」という規定の存在を指摘した(但し2016年の改正により「身体疾患を有する者であって、当該身体疾患に対し精神病室以外の病室で入院治療を受けることが必要なものを除く」旨の規定が明文化)。

**B:【精神科以外の病床における課題】治療行為に加えて認知症患者の見守りを行う必要があるため、人員不足につながる**

- ・ 鷺見(2012)は、愛知県内の急性期病院を対象としたアンケート調査を通じて、身体管理が困難となる理由として「認知症の患者に時間をとられ他の患者の看護が不十分となる」回答が多いことを報告した。
- ・ 長谷川(2010)は、DPC病院700施設を対象としたアンケート調査を通じて、認知症患者への医療提供を行うにあたっては人員を強化した病棟などが必要であると結論づけた。

**C:【精神科以外の病床における課題】患者や家族の意志に沿わない形で、(特に終末期において)身体疾患に対する過剰な治療が行われてしまう**

- ・ 日本精神科病院協会(2018)は、有識者へのヒアリングを通じて、重度の認知症患者の終末期の治療メニューの選択においては、患者自身の意思確認が困難である中で、認知機能が低下する前の状況を知る家族等の供述や患者の行動を踏まえた患者の意志の推定やACPについての理解が重要であること等を指摘した。また、看取り後の4家族および介護中の6家族に対するヒアリングを通じて、急変時や疼痛がある場合には一定の治療を行うことは本人・家族の希望が一致する部分であること、一方で胃ろう造設や経管栄養などの積極的治療に関しては家族間で意見の相違がみられること、症状が進んだ段階では延命措置的対応を望む家族はいなかったこと、認知症罹患後の明確なビジョンについて本人と家族とで事前に相談しているケースは少ないこと等を報告した。
- ・ 熊谷ほか(2010)は、自身が扱ってきた症例から、認知症患者に対する治療の困難な点として、認知症という診断名がつくと判断能力なしというレッテルが貼られ、その後の治療内容について本人を関与させなくなる場合があり、精神科医の介入の必要があるとした。
- ・ 井藤 (2016) は、2つの困難な症例を挙げ、患者本人が数ヶ月前に取り交わした治療の同意書の内容を覆したことから認知機能が疑われたケースや、認知症患者のがん罹患が発見され、未治療の状態では施設の受入れが困難となったため、本人の事前指示に反して手

術を行ったケースなど、認知症患者においては「本人の意思」を捉えるのが難しいことを述べている。また「家族の意思」についても、背景にあるネグレクトや経済的虐待の可能性を慎重に考慮する必要があることを指摘している。

**D：【精神科の病床における課題】対処を要する身体疾患のある認知症患者について、受入・対応が困難である**

- ・犬尾ほか(2015)は、身体合併症治療の実情として、手術を要する症例、内視鏡検査・治療を要する症例、人工呼吸器官を含む呼吸不全の呼吸管理、血液透析等について、通常は精神科病院では行えないとした。
- ・澁谷(2007)は、千葉県精神科医療センターにおける認知症高齢者の救急医療の現状にもとづいて、精神科救急医療の輪番制において、精神単科病院の当番時には、夜間・休日における身体疾患の検索・治療困難のため、身体面の治療が必要であれば一般病院を受診するよう促していると報告した。
- ・熊谷ほか(2008)は、自身が扱ってきた症例から、認知症患者専用の病棟を有する病院の中に、身体疾患に対応できる設備の整った病床が併設されている病院が、全国的に不足していることを指摘した。
- ・日本精神科病院協会(2017)は、調査対象病院（日本精神科病院協会会員の病院、及び会員外の認知症疾患医療センター）に対するアンケート調査を通じて、59.3%の病院が身体合併症の対応病床を有している一方で身体合併症の対応病床は小規模であること、75.1%の病院が身体合併症を診察する医師が勤務していること、軽度の身体合併症に対しては自院にて主治医と合併症担当医が協力して対応すると回答した病院が多い一方、重度の身体合併症に対しては他の専門医療機関への紹介・転院にて対応すると回答した病院が多いとした。また、重度認知症患者では入院中にも様々な内科薬が投与されており、精神科病床入院中も継続して身体合併症治療の必要性があると指摘した。
- ・石井（2010）は、認知症患者の身体合併症の診療は精神科医のみでは困難であり、精神科と他の一般科との連携が必要であるとした。連携の形態としては①一般病棟に精神科が介入する精神科リエゾン、②精神科病床に他科がコンサルトとして介入、③精神疾患と身体疾患両方のケアを十分に行うことを目的とした病床（MPU）を挙げ、海外の報告を踏まえて③で、出来高加算を行うことが望ましいとした。
- ・松原（2007）は、認知症専門病棟における身体合併症の治療が困難である理由として、認知症専門病棟が比較的廉価な診療報酬を基盤とした包括性病棟であり、身体合併症を治療する機能そのものが最初から付加されていないことを指摘し、合併症治療に対する出来高加算の必要性を述べた。

**E：【精神科以外・精神科に共通の課題】身体疾患を持つ認知症患者が一旦入院すると在宅への移行・転院が困難となりやすい**

- ・近藤ほか(2013)は、日本総合病院精神医学会会員である総合病院・大学病院・精神科病院・診療所等を対象としたアンケート調査を通じて、身体合併症を有する認知症患者の困難点として、「入院できても、退院先としての在宅への移行や転院が円滑に進まないこと」を挙げた。
- ・鷲見(2012)は、愛知県内の急性期病院を対象としたアンケート調査を通じて、認知症患者

者を積極的に受け入れない理由として「入院するとなかなか退院できず、経営上影響が大きい」との回答が多いことを指摘した。

- ・檜山ほか(2016)は、都立多摩医療センターに救急搬送された認知症高齢者の調査を通じて、認知症のある高齢者の転院にあたっては受け入れ先が大幅に限定され、さらに有料個室での収容や身体拘束への同意などの条件を提示される場合があることが記述されている。

**F：【精神科以外・精神科に共通の課題】認知症患者は訴えの不明瞭さ等から身体疾患が発見されにくいことがある**

- ・熊谷ほか(2010)は、認知症患者の治療の困難な点を示す症例として、「痛いよー！」と大声を上げるのみであった男性の左臀部・大腿部に熱感を認め、大腿骨頭部骨折が発見されたものを挙げた。
- ・檜山ほか(2016)は、2014年10月28日～2015年1月28日までの3ヶ月間において都立多摩医療センターに救急搬送された高齢者のうち、認知症の診断がある、または認知症の疑いありと看護師に判断された高齢者では入院となる割合が有意に高く、この原因として自覚症状を訴えられず、また身体的・社会的な不自由も加わって重症化してからの受診となりやすいことを挙げている。



## (2) 本研究の視点

文献調査の結果を踏まえ、本事業では、下記のような視点にたって調査を実施した。

### ◆一般・療養病棟における認知症を有する患者の対応状況について

- ・一般・療養病棟において、対応や受け入れが困難となりやすい BPSD の内容は何か。
- ・一般・療養病棟において、認知症のある患者に対し、どのような対応が行われているのか。
- ・一般・療養病棟において、認知症を有する患者の退棟（退院・転院・転棟）先はどのようなになっているか。
- ・今後、一般・療養病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって必要な支援・連携はどのようなものか。
- ・上記について、急性期/回復期/慢性期の病棟間に実態や課題の違いがみられるか。

### ◆一般・療養病棟における意思確認の困難な重度の認知症を有する患者への対応について

- ・意思確認の困難な重度の認知症を有する患者について、どのような判断材料をもとに治療方針が決められているのか。
- ・身体疾患を持つ認知症患者の治療目的や治療方針にあたり、患者本人や家族の意志を把握・尊重するための取組として、いかなることが行われているのか。

### ◆精神病棟における身体合併症を有する認知症患者の受入困難や対応について

- ・精神病棟では、身体疾患への対応として、どのようなものを困難としているか。
- ・身体合併症を有する患者に関する連携の状況や課題は、どのようなになっているか。

### 3. 調査研究の方法

#### (1) アンケート調査

上述の調査視点について明らかにするため、2018年11/21（水）～12/21（金）の期間で、下記の2種類のアンケート調査を行った（調査票は、2019年1月下旬まで受け付け）。

##### ① 実施方式・調査客体

調査対象となる病院に対し、紙媒体の調査票を郵送し、病院職員にご回答頂き、郵送にて回収する方法による。

調査客体は、下表の通りである。

調査対象のうち、一般・療養病棟では、急性期—回復期—慢性期ごとに、治療や意思決定支援の実態や課題が異なることが考えられる。これを踏まえ、一般・療養病棟調査では、調査対象の病院のうち、指定した入院料を算定する病棟についてご回答頂くことで、「急性期の病棟」「回復期の病棟」「慢性期の病棟」に関する実態をそれぞれ把握する調査設計とした。

図表1. アンケート調査の対象と客体抽出方法

調査種類	調査対象	抽出方法
○一般・療養病棟調査	・一般病棟入院基本料を算定する病院 900 施設	地方厚生局の医療機関届出情報に基づき、株式会社ケアレビューが医療介護情報局 ( <a href="http://caremap.jp/">http://caremap.jp/</a> ) にて提供する の名簿から無作為抽出
	・地域包括ケア病棟入院料または地域包括ケア入院医療管理料を算定する病院 600 施設	
	・回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病院 700 施設	
	・療養病棟入院基本料を算定する病院 600 施設	
	◆合計 2,800 施設	
○精神病棟調査	・精神科病院 300 施設	
	・精神病床を有する一般病院 420 施設	
	◆合計 720 施設	

#### A：一般・療養病棟調査の調査客体

算定している入院料	全体			うち、精神病床を有する病院		
	総数	抽出数	抽出率	総数	抽出数	抽出率
一般病棟入院基本料	4,903	900	18.4%	265	49	18.5%
地域包括ケア病棟・入院医療管理料	2,253	600	26.6%	96	26	27.1%
回復期リハビリテーション病棟入院料	1,470	700	47.6%	74	35	47.3%
療養病棟入院基本料	3,169	600	18.9%	224	42	18.8%
一般病院全体	7,294	2,800	38.4%	572	152	26.6%

#### B：精神病棟調査の調査客体

病院区分	総数	抽出数	抽出率	備考
精神科病院	1,049	300	28.6%	一般・療養病棟調査の対象として抽出されなかった病院の全数
精神病床を有する一般病院	572	420	73.4%	
合計	1,621	720	44.4%	

## ② 調査項目

本調査では、調査対象とした一般・療養病棟調査、精神病棟調査のそれぞれについて、下表に掲げる調査項目について実施した（詳細については、参考資料の調査票を参照）。

図表2. 主な調査項目

◆一般・療養病棟調査
<b>&lt;病院に関する調査項目&gt;</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・許可病床数</li><li>・認知症ケア加算の施設基準の届出状況、認知症疾患医療センターの指定状況、認知症について当該病院が担っている役割</li><li>・病院全体の職種別職員数</li></ul>
<b>&lt;病棟（※）に関する調査項目&gt;</b> <p>※…調査票において入院料を指定し、その入院料を算定している病棟のうち1病棟を回答病院側で選択し、その病棟について回答を求める方法をとった。</p> <b>調査対象病棟の概要</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・平均在棟日数、病棟の病床数、当該病棟について届け出ている入院料、病棟の職種別職員数</li></ul> <b>入院患者の状態像、入退棟の動き</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・入院患者のうち認知症日常生活自立度別患者数、本人の意思が確認できない患者数、身体疾患・認知症が原因で次の行先が確保できていない患者数</li><li>・入棟前の居場所・退棟先別人数と入退棟の理由</li></ul> <b>認知症を有する患者の受入や対応に関する状況</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・認知症を有する患者の受入や入院継続の可否に関する判断材料・方針の有無</li><li>・病棟において受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD</li><li>・病棟において対応が困難となった際にとる対応として多いもの</li></ul> <b>意思疎通の難しい認知症の入院患者の意思決定支援等に関する状況</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者に対してとる治療方針</li><li>・意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者に対し積極的治療や延命を行うか否かの判断材料としているもの</li><li>・意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者の治療方針の決定のために行うカンファレンスへの各職種の参加状況</li><li>・意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者の治療方針の決定にあたり病棟で課題となっていること</li></ul> <b>認知症を有する患者への対応にかかる取組の状況、得たい支援等</b> <ul style="list-style-type: none"><li>・認知症を有する患者に対応するため取り組んでいること、専門職の確保予定</li><li>・今後、当該病棟において認知症を有する患者の受入を増やす、あるいは治療に係る意思決定支援を強化とした場合に得たい連携や支援の内容</li></ul>
<b>&lt;退棟患者（※）に関する調査項目&gt;</b> <p>※…11月1日～30日の1ヶ月間の退棟患者のうち認知症やそれに伴う症状のために通常よりも短い期間で退棟した患者について、最大5名分の回答を求める方法をとった。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・年齢、主たる傷病、認知症高齢者の日常生活自立度、BPSDの内容、通常よりも短い在棟期間となった最大要因、退棟後の行き先</li></ul>

## ◆精神病棟調査

### <病院に関する調査項目>

- ・許可病床数
- ・精神化身体合併症管理加算の施設基準の届出状況、認知症疾患医療センターの指定状況、認知症について当該病院が担っている役割
- ・病院全体の職種別職員数

### <病棟（※）に関する調査項目>

※…精神病床を有する病棟（複数ある場合は合算値）について回答を求める方法をとった。

#### 調査対象病棟の概要

- ・届け出ている入院料、病棟の職種別職員数、身体疾患を専門とする医師数

#### 入院患者の状態像、入退棟の動き

- ・入院患者数、うち認知症の治療が主たる入院目的である患者、身体疾患への対応を行った患者、精神科身体合併症管理加算を算定した患者、認知症が原因で受入先が確保できていない患者
- ・入棟前の居場所・退棟先別人数と入退棟の理由

#### 身体疾患への対応状況

- ・精神病棟において対応可能な治療・処置内容
- ・精神病棟以外の自院内で対応可能な治療・処置内容

#### 認知症を有する患者への対応にあたり得たい支援等

- ・今後、当該病棟において身体疾患を有する患者の受入を増やす、あるいは治療に係る意思決定支援を強化するとした場合に得たい連携や支援の内容

### ③ 回収結果

#### <回収状況>

調査票の回収結果は、下表のとおりである。

図表3. アンケート調査票の回収結果

	①配布数	②回収数	③回収率 (②/①)
一般・療養病棟調査票	2,800	592	21.1%
うち一般病棟入院基本料	900	171	19.0%
うち地域包括ケア病棟入院料または 地域包括ケア入院医療管理料	600	140	23.3%
うち回復期リハビリテーション 病棟入院料	700	172	24.6%
うち療養病棟入院基本料	600	109	18.2%
精神病棟調査票	720	228	31.7%
うち一般病院	300	75	25.0%
うち精神科病院	420	153	36.4%

#### <一般・療養病棟調査の病棟区分の振り分け状況>

アンケート調査票のうち、病棟単位での調査を主とした一般・療養病棟調査については、下記のような振り分けを行い、病棟の種類別に区分集計を行った。

- ・本調査研究の一般・療養病棟調査では、調査対象の病院のうち、指定した入院料を算定する病棟についてご回答頂くことで、「急性期の病棟」「回復期の病棟」「慢性期の病棟」に関する実態をそれぞれ把握するために、各病棟で算定される入院料の種類による集計区分を設定した。
- ・一方、発送名簿の元となっている地方厚生局の医療機関届出情報では、一般病棟入院基本料について、各医療機関がどの入院料の施設届出を行っているのか（例えば、急性期一般病棟入院基本料、地域一般病棟入院基本料のいずれであるか）が把握できない。また、病棟単位の入院料である地域包括ケア病棟入院料と、病室単位の入院料である地域包括ケア入院医療管理料のどちらを有する病院であるのかも把握できない。
- ・上記を踏まえ、一般・療養病棟調査については、調査票中において、調査対象の病棟において算定されている一般病棟入院基本料の種類、および病室単位で算定される入院料（地域包括ケア入院医療管理料および特殊疾患入院医療管理料）の病床数を調査し、集計区分の設定に用いた。
- ・具体的には、病室単位の入院料の算定がある場合は、A：「病棟全体の病床数－異なる入院料の算定を行っている病室の病床数」とB：「異なる入院料の算定を行っている病室の病床数」とを比べ、 $A \geq B$  である場合は病棟全体の算定入院料によって、 $A < B$  である場合は、Bの病室の算定入院料に基づいて、振り分けを行った。

振り分けた結果の回答数は、下表の通りである。

**図表4. 一般・療養病棟調査の病棟区分の振り分け状況**

		集計時の病棟区分						振り分け不能 (病棟種類の 集計では無 効回答)	合計
		1 急性期一般 病棟1～3	2 急性期一般 病棟4～7	3 地域一般病 棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハ ビテーション病棟	6 医療療養 病棟		
発送時の 病棟区分	一般病棟入院基本料	53	60	46	7	0	0	5	171
	地域包括ケア病棟入院料または 地域包括ケア入院医療管理料	4	20	4	109	1	2	0	140
	回復期リハビリテーション 病棟入院料	0	0	0	0	172	0	0	172
	療養病棟入院基本料	0	0	0	0	0	109	0	109
合計		57	80	50	116	173	111	5	592

※回収 592 病棟のうち、5 病棟は上記の振り分けができなかったため、無効回答とした。

なお、上の表の病棟の振り分けに用いた名称は、下記の入院料に対応している。

1. 急性期一般病棟 1～3	: 急性期一般病棟入院基本料 1 急性期一般病棟入院基本料 2 急性期一般病棟入院基本料 3
2. 急性期一般病棟 4～7	: 急性期一般病棟入院基本料 4 急性期一般病棟入院基本料 5 急性期一般病棟入院基本料 6 急性期一般病棟入院基本料 7
3. 地域一般病棟	: 地域一般病棟入院基本料 1 地域一般病棟入院基本料 2 地域一般病棟入院基本料 3
4. 地域包括ケア病棟等	: 地域包括ケア病棟入院料 地域包括ケア入院医療管理料、
5. 回復期リハビリテーション病棟	: 回復期リハビリテーション病棟入院料
6. 医療療養病棟	: 療養病棟入院基本料

#### ④ 表章上の留意点

本報告書中に示す表章、集計数値については、下記の点に留意されたい。

- ・合計数値と内訳数値は、四捨五入の関係で合致しない場合がある。
- ・調査票中で複数回答を求めた項目については、図表タイトル中に（複数回答）と表記している。

## (2) インタビュー調査

上記のアンケート調査結果を踏まえ、下記の2施設を対象として、身体疾患を有する認知症の人への対応が進んでいる好事例を抽出し、訪問インタビューによる深掘り調査を行った。

### <対象施設の選定方針>

- ・ BPSD を有する患者の受入があり、かつ原則として身体拘束等を行っていない。
- ・ 認知症により本人意思の確認が困難な場合の対応方法について方針を定めている。
- ・ 認知症を有する患者の割合が高い。

### <対象施設>

- ・ A 病院（福島県）：病床数 99 床（地域包括ケア病棟、医療療養病床、介護療養病床）の病院
- ・ B 病院（東京都）：病床数 500 床強（一般病棟、回復期リハ病棟、介護療養病床、精神病棟）の病院

## 第2章 一般・療養病棟調査票の集計結果

### 1. 一般・療養病棟調査票の回答病院の概況

#### (1) 病院全体の病床の状況

病院全体の病床数をみると、回答病院の許可病床数は平均で 175.1 床、中央値で 140.5 床であった。

また、回答した 592 病院のうち、精神病床を有する病院は 33 (5.6%) であった。

図表5. 一般・療養病棟調査票の回答病院の病床数 (n=592)

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	合計
平均値	122.0床	45.2床	7.2床	0.4床	0.3床	175.1床
中央値	74.0床	37.0床	0.0床	0.0床	0.0床	140.5床

図表6. 病床を1床以上有する病院の数 (n=592)

	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床
病院数	506	348	33	15	33
割合	85.5%	58.8%	5.6%	2.5%	5.6%

#### (2) 病院全体の職員数

病院全体の職員数をみると、回答病院 1 病院あたり、常勤換算の医師数は平均値が 22.6 人、中央値が 11.2 人であった。また、看護職員は平均値が 116.6 人、中央値が 73.6 人であった。

精神科医や認知症専門医、認知症サポート医、認証看護の認定看護師はいずれも、回答病院 1 病院あたりの常勤換算数は、中央値で 0.00 人であり、半数以上の病院に配置がなされていないことがわかる。

図表7. 病院全体の職種別常勤換算数 (n=592)

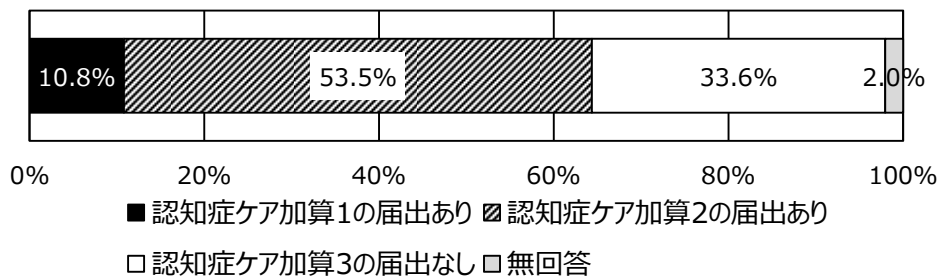
	医師				MSW	精神保健福祉士 (PSW)	臨床心理技術者
		うち精神科医	うち認知症専門医	うち認知症サポート医			
回答病院数	576施設	510施設	510施設	510施設	576施設	576施設	576施設
平均値	22.6人	0.42人	0.12人	0.37人	2.80人	0.31人	0.26人
中央値	11.2人	0.00人	0.00人	0.00人	2.00人	0.00人	0.00人
	看護職員						
		うち認知症看護の認定看護師					
回答病院数	576施設	489施設	576施設	576施設	576施設	576施設	
平均値	116.6人	0.57人	2.80人	0.31人	0.26人	0.26人	
中央値	73.6人	0.00人	2.00人	0.00人	0.00人	0.00人	



(3) 認知症ケア加算の施設基準の届出状況

認知症ケア加算の施設基準についてみると、10.8%の病院が加算1を、53.5%が加算2の施設基準の届出を行っていた。

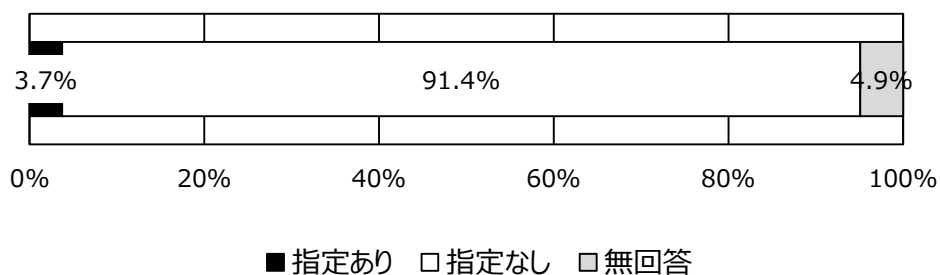
図表8. 認知症ケア加算の施設基準の届出状況 (n=592)



(4) 認知症疾患医療センターの指定状況

認知症疾患医療センターの指定状況を見ると、回答病院のうち指定があるのは3.7%であった。

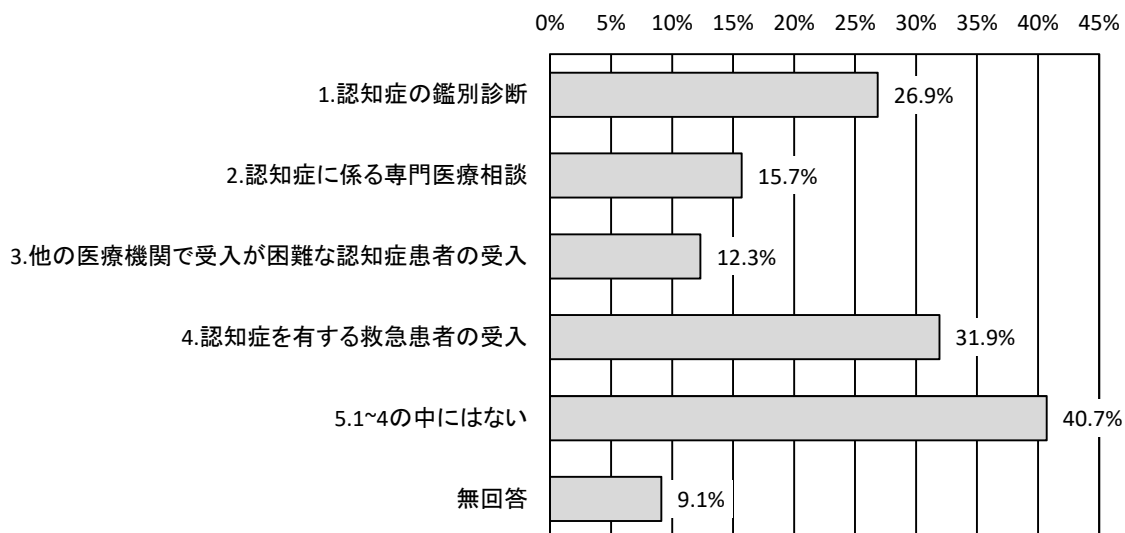
図表9. 認知症疾患医療センターの指定状況 (n=592)



(5) 認知症について回答病院が担っていると回答した役割

認知症について自院が担っていると回答した役割についてみると、「認知症を有する救急患者の受入」が31.9%、「認知症の鑑別診断」が26.9%であった。一方、選択肢中に担っている役割がない旨の回答をした病院も、40.7%にのぼった。

図表10. 認知症について回答病院が担っていると回答した役割（複数回答）（n=592）



## 2. 一般・療養病棟の概況

### (1) 病棟の平均在棟日数・許可病床数

回答施設の一般・療養病棟の平均在院日数をみると、「急性期一般病棟1～3」13.2日が最も短く、「医療療養病棟」213.6日が最も長かった。

図表11. 病棟の平均在棟日数・許可病床数

病棟の種類	2018年11月の 平均在棟日数（平均値）		病棟の許可病床数 （平均値）	
	有効回答数	日数（日）	有効回答数	病床数（床）
1 急性期一般病棟1～3	50	13.2日	55	46.4床
2 急性期一般病棟4～7	71	17.0日	79	47.6床
3 地域一般病棟	37	27.8日	50	46.5床
4 地域包括ケア病棟等	101	25.3日	115	44.1床
5 回復期リハビリテーション病棟	155	63.7日	173	44.4床
6 医療療養病棟	95	213.6日	109	48.5床

### (2) 1病棟当たり職員数

1病棟当たり職員数（常勤換算人数）をみると、「回復期リハビリテーション病棟」46.2人が最も多かった。

職種別にみると、各病棟の人員配置に係る施設要件に応じて配置がなされており、看護職員については「急性期一般病棟1～3」が28.0人と最も多く、「医療療養病床」が15.2人と最も少ない。逆に看護補助者は、「医療療養病床」が10.8人と最も多く、「急性期一般病棟1～3」が4.0人と最も少なかった。PT・OT・STは「回復期リハビリテーション病棟」が17.0人と最も多かった。

なお、精神保健福祉士（PSW）については、全体でみても0.03人しか配置されていないが、「回復期リハビリテーション病棟」0.05人が最も多かった。

図表12. 1病棟当たり職員数（常勤換算人数）；職種別

病棟の種類	有効回答数	病棟の常勤換算職員数（1病棟当たり）								
		看護職員	うち認知症看護 の認定看護師	MSW	PSW	臨床心理 技術者	PT・OT・ST	看護補助者	その他の職種	合計
1 急性期一般病棟1～3	56	28.0人	0.19人	0.30人	0.04人	0.01人	1.1人	4.0人	0.4人	33.9人
2 急性期一般病棟4～7	78	23.5人	0.09人	0.40人	0.03人	0.00人	1.9人	5.3人	2.6人	33.8人
3 地域一般病棟	48	19.3人	0.10人	0.24人	0.00人	0.00人	1.7人	6.1人	1.2人	28.6人
4 地域包括ケア病棟等	112	21.6人	0.25人	0.77人	0.00人	0.01人	2.7人	6.1人	0.7人	31.8人
5 回復期リハビリテーション病棟	173	18.7人	0.19人	1.18人	0.03人	0.05人	17.0人	7.9人	1.3人	46.2人
6 医療療養病棟	109	15.2人	0.25人	0.43人	0.05人	0.00人	1.8人	10.8人	1.0人	29.3人

### (3) 病棟に入院中の患者の診療を行う医師数

病棟に入院中の患者の診療を行う精神科医、認知症専門医の実人数についてみると、精神科医については、「急性期一般病棟1～3」0.45人が最も多く、「急性期一般病棟4～7」0.09人が最も少なかった。

認知症専門医については、「急性期一般病棟1～3」が0.25人で最も多かった。

図表13. 病棟に入院中の患者の診療を行う医師数

病棟の種類	有効回答数	病棟に入院中の患者の診療を行う医師の実人数 (1病棟当たり)	
		精神科医	認知症専門医
1 急性期一般病棟1～3	56	0.45人	0.25人
2 急性期一般病棟4～7	78	0.09人	0.05人
3 地域一般病棟	46	0.11人	0.13人
4 地域包括ケア病棟等	112	0.22人	0.05人
5 回復期リハビリテーション病棟	166	0.15人	0.05人
6 医療療養病棟	108	0.26人	0.06人

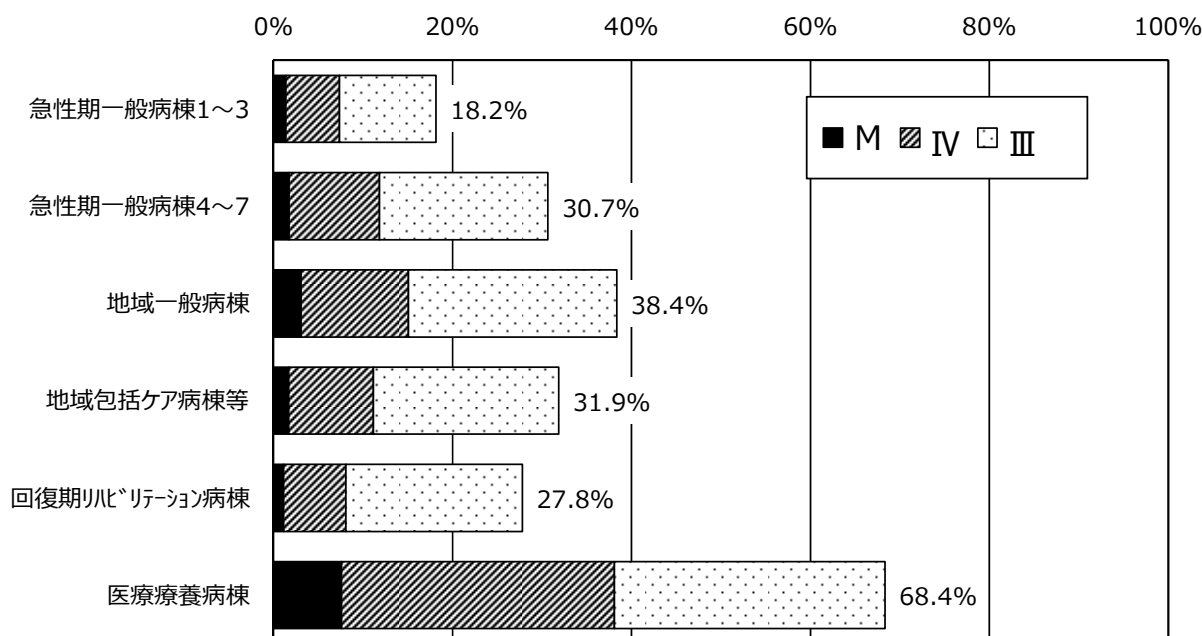
### 3. 認知症の入院患者の状況

(1) 入院患者に占める「認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ・Ⅳ・Ⅴ」の患者の割合  
 2018年12月1日時点の入院患者に占める「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ・Ⅳ・Ⅴの患者の合計割合についてみると、「医療療養病棟」が合計68.4%と最も多く、「急性期一般病棟1～3」18.2%が最も少なかった。

図表14. 入院患者に占める「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ・Ⅳ・Ⅴの患者の割合  
 (2018年12月1日時点)

病棟の種類	有効回答数	「認知症高齢者の日常生活自立度」 がⅢ・Ⅳ・Ⅴの患者割合		
		M	Ⅳ	Ⅲ
1 急性期一般病棟1～3	51	1.4%	6.0%	10.8%
2 急性期一般病棟4～7	75	1.7%	10.1%	18.8%
3 地域一般病棟	45	3.1%	12.0%	23.3%
4 地域包括ケア病棟等	111	1.7%	9.5%	20.7%
5 回復期リハビリテーション病棟	166	1.1%	7.0%	19.7%
6 医療療養病棟	99	7.6%	30.5%	30.3%

図表15. 入院患者に占める「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ・Ⅳ・Ⅴの患者の合計割合  
 (2018年12月1日時点)



(2) 入院患者に占める各種状態の認知症患者の割合

2018年12月1日時点において病棟に入院中の患者のうち、「認知症のために、治療方針に関する本人の意思の確認が困難と思われる」患者の割合をみると、「医療療養病棟」46.5%が多く、「急性期一般病棟1～3」17.0%が最も少なかった。

次に、「認知症への対処のために、専門医療機関または病棟へ転院・転棟することが望ましいが、身体疾患が原因で受入先が確保できていない」患者の割合については、全ての病棟種類において1～4%であった。

また、「病棟での治療目標には到達しているが、認知症が原因で次の行き先が確保できていない」患者の割合については全て病棟種類において1～4%程度であり、「医療療養病床」3.7%が最も多かった。

図表16. 入院患者に占める各種状態の認知症患者の割合（2018年12月1日時点）

病棟の種類	有効回答数	認知症のために、治療方針に関する本人の意思の確認が困難と思われる患者割合	認知症への対処のために、専門医療機関または病棟へ転院・転棟することが望ましいが、身体疾患が原因で受入先が確保できていない患者割合	病棟での治療目標には達しているが、認知症が原因で次の行き先が確保できない患者割合
1 急性期一般病棟1～3	53	17.0%	1.2%	2.0%
2 急性期一般病棟4～7	77	22.9%	2.4%	1.7%
3 地域一般病棟	48	35.7%	1.2%	2.8%
4 地域包括ケア病棟等	113	29.3%	1.5%	2.6%
5 回復期リハビリテーション病棟	165	21.7%	1.1%	1.2%
6 医療療養病棟	102	46.5%	3.7%	3.7%

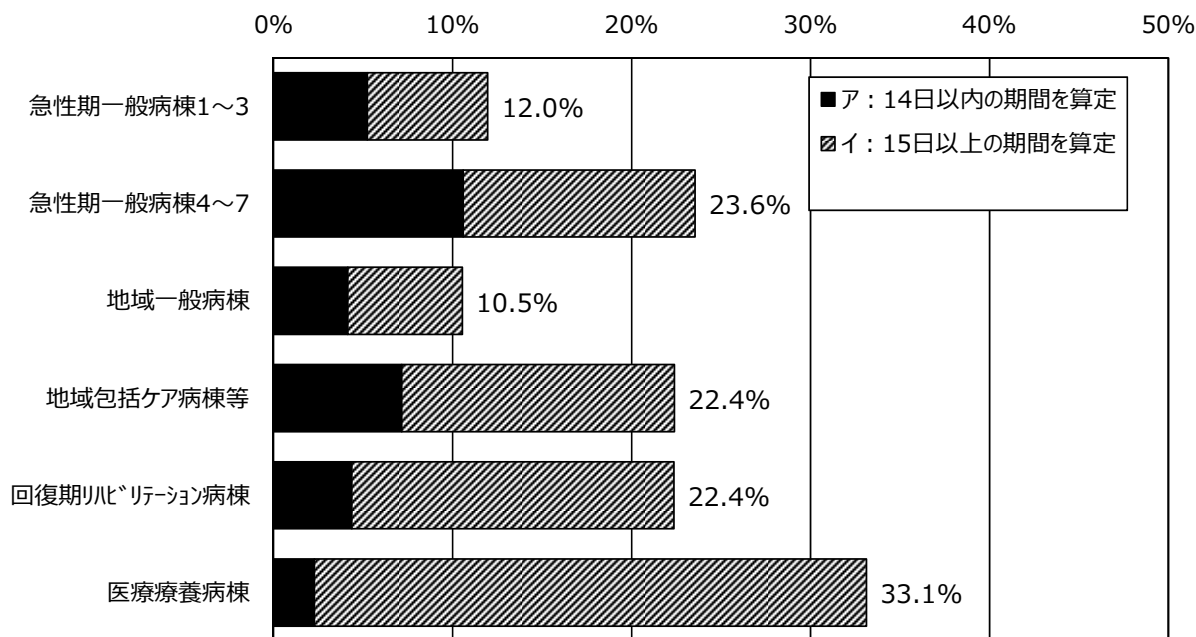
(3) 入院患者に占める認知症ケア加算の算定患者の割合

2018年12月1日に認知症ケア加算の算定患者数が病棟の全入院患者に占める割合についてみると、「医療療養病棟」が33.1%で最も多く、次いで「急性期一般病棟4～7」が23.6%であった。

図表17. 入院患者に占める認知症ケア加算の算定患者の割合（2018年12月1日時点）

病棟の種類	有効回答数	算定患者1人当たりの 1ヶ月の算定回数	
		ア：14日以内の 期間を算定	イ：15日以上 の期間を算定
1 急性期一般病棟1～3	54	5.2%	6.7%
2 急性期一般病棟4～7	74	10.6%	13.0%
3 地域一般病棟	44	4.1%	6.4%
4 地域包括ケア病棟等	110	7.2%	15.2%
5 回復期リハビリテーション病棟	166	4.4%	18.0%
6 医療療養病棟	103	2.3%	30.9%

図表18. 入院患者に占める認知症ケア加算の算定患者の合計割合（2018年12月1日時点）



2018年11月1ヶ月間に認知症ケア加算を1回以上算定した患者数についてみると、「地域包括ケア病棟等」が1病棟あたり17.1人と最も多く、次いで「医療療養病棟」15.4人、「急性期一般病棟4～7」14.8人、「回復期リハビリテーション病棟」14.4人の順となっていた。

図表19. 認知症ケア加算の算定患者数・算定のべ回数の状況（2018年11月1ヶ月間）

病棟の種類	有効回答数	認知症ケア加算を1回以上算定した入院患者の実人数		認知症ケア加算の算定のべ回数			
				ア：14日以内の期間		イ：15日以上期間	
		1病棟当たり	許可病床 100床当たり	1病棟当たり	許可病床 100床当たり	1病棟当たり	許可病床 100床当たり
1 急性期一般病棟1～3	52	10.5人	23.2人	56.7回	125.1回	63.0回	139.1回
2 急性期一般病棟4～7	78	14.8人	31.5人	73.3回	155.6回	121.7回	258.4回
3 地域一般病棟	46	6.7人	14.8人	23.0回	50.5回	44.6回	97.9回
4 地域包括ケア病棟等	109	17.1人	39.2人	58.5回	133.9回	169.7回	388.6回
5 回復期リハビリテーション病棟	163	14.4人	32.4人	48.7回	109.1回	207.0回	464.3回
6 医療療養病棟	103	15.4人	31.8人	11.1回	23.1回	383.2回	793.4回



#### (4) 認知症患者の入退棟の状況

##### ① 認知症を有する新規入棟患者の状況

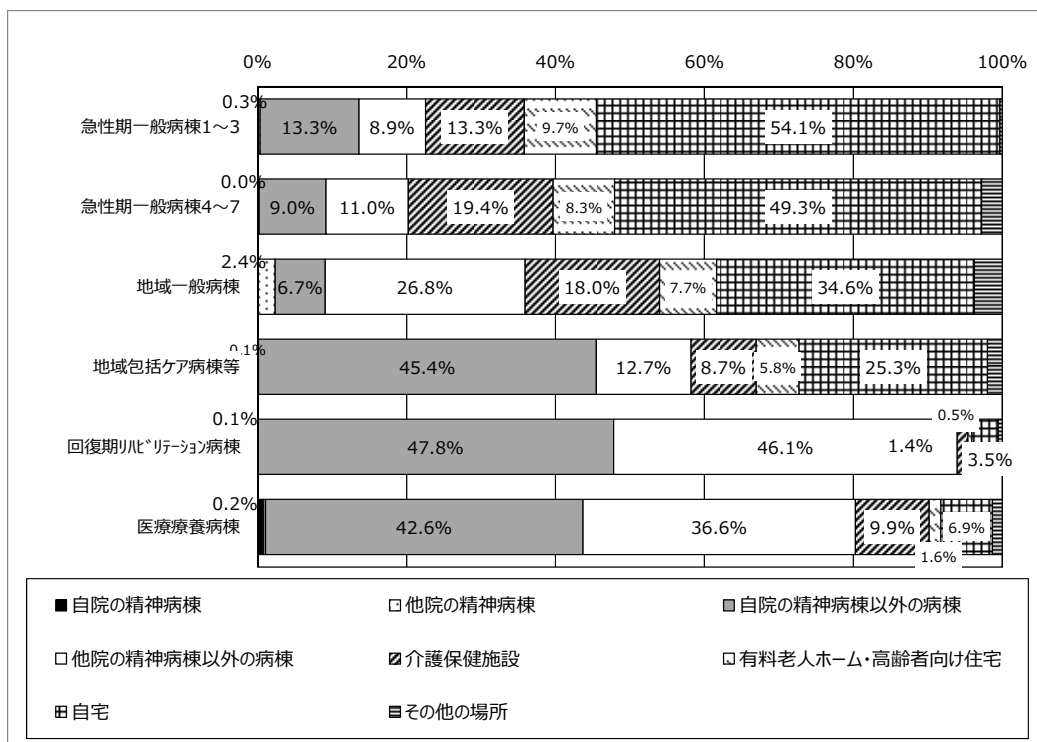
2018年11月1ヶ月間の認知症を有する新規入棟患者の入棟前の居場所についてみると、「急性期一般病棟1～3」、「急性期一般病棟4～7」、「地域一般病棟」では「自宅」が最も多い一方で、「地域包括ケア病棟等」、「回復期リハビリテーション病棟」、「医療療養病棟」では「自院の精神病棟以外の病棟」が最も多かった。

このほか、「回復期リハビリテーション病棟」、「医療療養病棟」では「他院の精神病棟以外の病棟」からの転院の割合が30%を超えていた。

一方、精神病棟からの転院・転棟は、最も多い「地域一般病棟」でも、3%に満たなかった。

図表20. 認知症を有する新規入棟患者の入棟前の居場所の構成（2018年11月1ヶ月間）







病棟の種類	有効回答数	新規入棟患者のうち認知症を有する割合	認知症を有する新規入棟患者の入棟前の居場所の構成割合							
			自院の精神病棟	他院の精神病棟	自院の精神病棟以外の病棟	他院の精神病棟以外の病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	その他の場所
1 急性期一般病棟1～3	52	20.7%	0.0%	0.3%	13.3%	8.9%	13.3%	9.7%	54.1%	0.3%
2 急性期一般病棟4～7	76	38.1%	0.2%	0.0%	9.0%	11.0%	19.4%	8.3%	49.3%	2.8%
3 地域一般病棟	47	47.7%	0.0%	2.4%	6.7%	26.8%	18.0%	7.7%	34.6%	3.8%
4 地域包括ケア病棟等	115	51.7%	0.0%	0.1%	45.4%	12.7%	8.7%	5.8%	25.3%	2.0%
5 回復期リハビリテーション病棟	168	52.2%	0.0%	0.1%	47.8%	46.1%	1.4%	0.5%	3.5%	0.6%
6 医療療養病棟	104	74.8%	0.8%	0.2%	42.6%	36.6%	9.9%	1.6%	6.9%	1.3%



認知症を有する新規入棟患者の身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入院の割合をみると、「急性期一般病棟1～3」64.1%が最も多く、次いで「急性期一般病棟4～7」55.6%であった。また、予定入院の割合については、「医療療養病棟」43.4%が最も多く、次いで「回復期リハビリテーション病棟」39.7%であった。

身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入院と予定入院の合計割合をみると、「急性期一般病棟1～3」86.2%が最も多く、「回復期リハビリテーション病棟」46.6%が最も少なかった。

図表21. 認知症を有する新規入棟患者の入棟理由（2018年11月1ヶ月間）

病棟の種類	有効回答数	新規入棟患者のうち認知症を有する割合	認知症を有する新規入棟患者の入棟理由		
			身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入院	身体疾患の発生・悪化に伴う予定入院	合計
1 急性期一般病棟1～3	52	 20.7%	64.1%	22.1%	86.2%
2 急性期一般病棟4～7	76	 38.1%	55.6%	21.7%	77.3%
3 地域一般病棟	47	 47.7%	48.9%	21.8%	70.7%
4 地域包括ケア病棟等	115	 51.7%	26.7%	25.2%	51.8%
5 回復期リハビリテーション病棟	168	 52.2%	7.0%	39.7%	46.6%
6 医療療養病棟	104	 74.8%	13.4%	43.4%	56.8%

## ② 認知症を有する退棟患者の状況

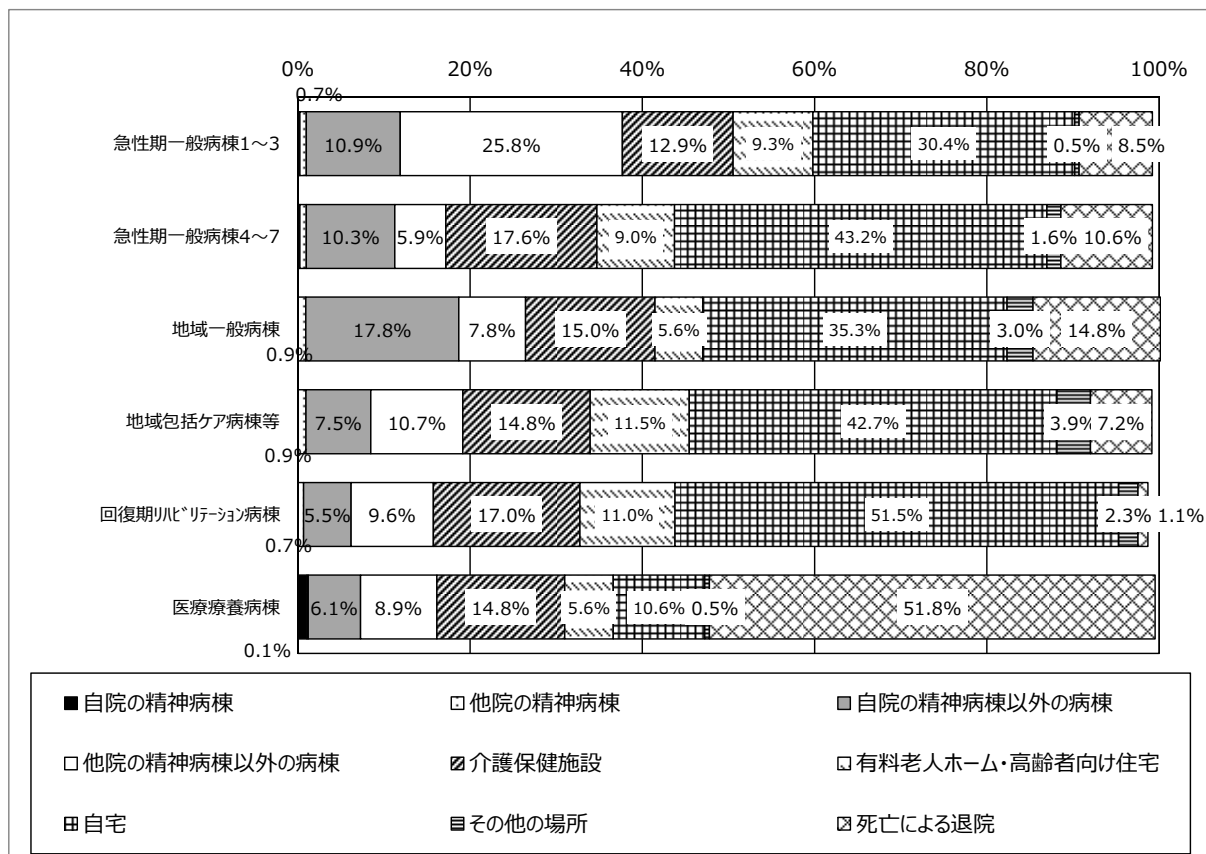
2018年11月1ヶ月間の認知症を有する退棟患者の退棟後の居場所についてみると、「医療療養病棟」を除く病棟種類において「自宅」が最も多かった。ただし、「急性期一般病棟1～3」では、「他院の精神病棟以外の病棟」との回答が他の病棟種類に比べて多かった。

また、「医療療養病棟」では「死亡による退院」51.8%が最も多かった。

一方、精神病棟への転棟・転院は、最も多い「医療療養病棟」でも2%に満たなかった。

図表22. 認知症を有する退棟患者の退棟後の行き先の構成（2018年11月1ヶ月間）

病棟の種類	有効回答数	新規退棟患者のうち認知症を有する割合	認知症を有する新規退棟患者の退棟後の行き先の構成割合								
			自院の精神病棟	他院の精神病棟	自院の精神病棟以外の病棟	他院の精神病棟以外の病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	その他の場所	死亡による退院
1 急性期一般病棟1～3	52	19.7%	0.2%	0.7%	10.9%	25.8%	12.9%	9.3%	30.4%	0.5%	8.5%
2 急性期一般病棟4～7	76	39.5%	0.2%	0.7%	10.3%	5.9%	17.6%	9.0%	43.2%	1.6%	10.6%
3 地域一般病棟	47	59.7%	0.0%	0.9%	17.8%	7.8%	15.0%	5.6%	35.3%	3.0%	14.8%
4 地域包括ケア病棟等	115	51.1%	0.0%	0.9%	7.5%	10.7%	14.8%	11.5%	42.7%	3.9%	7.2%
5 回復期リハビリテーション病棟	169	50.8%	0.0%	0.7%	5.5%	9.6%	17.0%	11.0%	51.5%	2.3%	1.1%
6 医療療養病棟	100	73.8%	1.1%	0.1%	6.1%	8.9%	14.8%	5.6%	10.6%	0.5%	51.8%



認知症を有する退棟患者が認知症への対処のために退棟した割合についてみると、「地域包括ケア病棟等」5.8%が最も多かった。

また、「認知症やそれに伴う症状を原因とする、身体疾患の状態から見た通常の入院期間よりも早い退棟」であった患者の割合についても、「地域包括ケア病棟等」4.8%が最も多かった。

図表23. 認知症を有する退棟患者の退棟理由（2018年11月1ヶ月間）

病棟の種類	有効回答数	新規退棟患者のうち認知症を有する割合	認知症を有する新規退棟患者の退棟理由		
			認知症への対処のための退棟	うち、認知症やそれに伴う症状を原因とする、身体疾患の状態から見た通常の入院期間よりも早い退棟	
1 急性期一般病棟1～3	52	19.7%	1.8%	1.4%	
2 急性期一般病棟4～7	76	39.5%	3.3%	1.3%	
3 地域一般病棟	47	59.7%	2.3%	1.4%	
4 地域包括ケア病棟等	115	51.1%	5.8%	4.8%	
5 回復期リハビリテーション病棟	169	50.8%	3.4%	2.6%	
6 医療療養病棟	100	73.8%	1.4%	1.0%	

## 4. 認知症患者の受入等に係る対応方針・受入状況

### (1) 認知症患者の受入等に係る対応方針

認知症を有する患者の受入の可否に関する判断基準・方針の策定状況についてみると、「医療療養病棟」23.4%が最も多く、「急性期一般病棟4～7」5.0%が最も少なかった。

また、認知症を有する患者の入院継続の可否に関する判断基準・方針の策定状況についてみると、「医療療養病棟」17.1%が最も多く、「地域包括ケア病棟等」6.0%が最も少なかった。

図表24. 認知症を有する患者の受入や入院継続の可否に関する判断基準・方針の策定状況

病棟の種類	有効回答数	認知症を有する患者の受入の可否に関する判断基準・方針			認知症を有する患者の入院継続の可否に関する判断基準・方針		
		定めている	定めていない	無回答	定めている	定めていない	無回答
1 急性期一般病棟1～3	57	8.8%	89.5%	1.8%	7.0%	91.2%	1.8%
2 急性期一般病棟4～7	80	5.0%	95.0%	0.0%	6.3%	93.8%	0.0%
3 地域一般病棟	50	10.0%	88.0%	2.0%	8.0%	90.0%	2.0%
4 地域包括ケア病棟等	116	9.5%	89.7%	0.9%	6.0%	93.1%	0.9%
5 回復期リハビリテーション病棟	173	13.3%	86.7%	0.0%	12.7%	86.1%	1.2%
6 医療療養病棟	111	23.4%	74.8%	1.8%	17.1%	81.1%	1.8%

## (2) 受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD の内容とその対応

### ① 受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD の内容

受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD の内容として最も多いものについてみると、いずれの病棟種類においても「徘徊・帰宅願望」が最も多かった。

また、「急性期一般病棟 1～3」、「急性期一般病棟 4～7」、「地域一般病棟」、「地域包括ケア病棟等」では「治療・処置への抵抗」が次いで多い一方で、「回復期リハビリテーション病棟」では「職員への暴力」、「医療療養病棟」では「奇声・大声」が次いで多かった。

図表25. 受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD の内容（最も多いもの）

<「最も多いもの」として挙げられたBPSD>		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟 棟1～3	2 急性期一般病棟 棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハビリ テーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
BPSDの内容	職員への暴言	5.3%	3.8%	4.0%	2.6%	4.0%	3.6%
	他の患者様への暴言	1.8%	0.0%	0.0%	0.9%	1.7%	0.9%
	職員への暴力	5.3%	6.3%	2.0%	5.2%	17.9%	9.0%
	他の職員等への暴力	0.0%	1.3%	2.0%	0.9%	2.9%	4.5%
	職員に対するつきまとい	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	他の患者等に対するつきまとい	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	徘徊・帰宅願望	33.3%	50.0%	58.0%	44.0%	35.3%	32.4%
	治療・処置への抵抗	21.1%	11.3%	14.0%	12.9%	12.1%	5.4%
	奇声・大声	5.3%	3.8%	2.0%	9.5%	7.5%	11.7%
	抑うつ	0.0%	1.3%	0.0%	0.9%	0.0%	1.8%
	自傷	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	1.8%
	異食	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	弄便	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	挿管・点滴等の抜去	12.3%	1.3%	4.0%	3.4%	2.3%	4.5%
その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	4.6%	2.7%	
BPSDによって受入・入院継続困難となった経験なし		14.0%	18.8%	10.0%	16.4%	8.1%	19.8%

図表26. 受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD の内容（上位3位まで）（複数回答）

<上位3位以内に挙げられたBPSD>		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟 棟1～3	2 急性期一般病棟 棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハビリ テーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
BPSDの内容	職員への暴言	17.5%	13.8%	8.0%	12.9%	17.3%	9.9%
	他の患者様への暴言	10.5%	7.5%	10.0%	8.6%	11.6%	9.0%
	職員への暴力	24.6%	20.0%	28.0%	30.2%	41.6%	34.2%
	他の職員等への暴力	1.8%	8.8%	2.0%	5.2%	16.8%	14.4%
	職員に対するつきまとい	0.0%	0.0%	2.0%	0.0%	0.6%	0.0%
	他の患者等に対するつきまとい	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.9%
	徘徊・帰宅願望	68.4%	66.3%	74.0%	66.4%	61.3%	53.2%
	治療・処置への抵抗	63.2%	43.8%	44.0%	40.5%	43.9%	31.5%
	奇声・大声	29.8%	31.3%	42.0%	44.0%	34.7%	34.2%
	抑うつ	1.8%	2.5%	2.0%	3.4%	5.2%	3.6%
	自傷	0.0%	5.0%	0.0%	3.4%	3.5%	5.4%
	異食	0.0%	1.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	弄便	0.0%	1.3%	0.0%	1.7%	0.0%	3.6%
	挿管・点滴等の抜去	17.5%	20.0%	20.0%	15.5%	5.2%	11.7%
その他	7.0%	1.3%	2.0%	1.7%	7.5%	3.6%	
BPSDによって受入・入院継続困難となった経験なし		15.8%	18.8%	12.0%	17.2%	8.7%	20.7%

## ② BPSD により対応困難となった際にとる対応

BPSD により対応困難となった際にとる対応として最も多いものについてみると、「地域包括ケア病棟等」、「回復期リハビリテーション病棟」では「職員が常時付き添う」を挙げた回答が最も多く、「急性期一般病棟 4～7」では「家族の付き添いを要請する」を挙げた回答が最も多く、「急性期一般病棟 1～3」、「地域一般病棟」、「医療療養病棟」では「身体拘束を行う」を挙げた回答が最も多かった。

一方、「精神科の医療機関・病棟への転院・転棟を要請する」を挙げた回答は少なかった。

また、対応として上位 3 位までに挙げたものについてみると、「最も多いもの」の集計結果と比べ、「行動を落ち着かせるために薬剤を服用させる」や「家族の付添を要請する」の回答率が高くなった。

回答が多かったものの順位は、病棟の種類により異なるが、「急性期の病棟ほど多い傾向」「慢性期の病棟ほど多い傾向」とったものは見いだしがたい。但し、上記の 4 つ以外の回答としては、「神科への転院・転棟要請を行う」を挙げた病棟が、他の病棟種類と比べ、医療療養病棟ではやや多くなっている。

図表27. BPSDにより対応困難となった際にとる対応（最も多いもの）

<「最も多いもの」として挙げられた対応>		病棟の種類					
		1 急性期一般病 棟1～3	2 急性期一般病 棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハビリ テーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
対応の内容	職員が常時付き添う	17.5%	16.3%	14.0%	30.2%	34.1%	20.7%
	家族に付き添いを要請する	12.3%	27.5%	18.0%	25.0%	11.0%	7.2%
	個室への入室を要請する	12.3%	15.0%	6.0%	7.8%	5.2%	6.3%
	身体拘束を行う	33.3%	18.8%	32.0%	13.8%	24.9%	23.4%
	行動を落ち着かせるために薬剤を服用させる	12.3%	7.5%	16.0%	12.9%	17.9%	18.9%
	精神科の医療機関・病棟への転院・転棟を要請する	3.5%	1.3%	0.0%	1.7%	2.3%	9.0%
	早期退院を求める	0.0%	1.3%	2.0%	0.9%	1.2%	3.6%
	その他	1.8%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	1.8%
BPSDによって対応困難となった経験なし		5.3%	10.0%	4.0%	6.0%	1.7%	7.2%

図表28. BPSDにより対応困難となった際にとる対応（上位3位まで）（複数回答）

<上位3位以内に挙げられた対応>		病棟の種類					
		1 急性期一般病 棟1～3	2 急性期一般病 棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハビリ テーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
対応の内容	職員が常時付き添う	36.8%	26.3%	28.0%	47.4%	50.3%	35.1%
	家族に付き添いを要請する	61.4%	61.3%	68.0%	56.9%	41.6%	34.2%
	個室への入室を要請する	31.6%	32.5%	22.0%	25.0%	21.4%	18.0%
	身体拘束を行う	50.9%	56.3%	64.0%	39.7%	64.2%	53.2%
	行動を落ち着かせるために薬剤を服用させる	66.7%	40.0%	52.0%	62.1%	65.9%	66.7%
	精神科の医療機関・病棟への転院・転棟を要請する	10.5%	11.3%	10.0%	19.0%	18.5%	32.4%
	早期退院を求める	15.8%	31.3%	12.0%	20.7%	16.2%	17.1%
	その他	1.8%	1.3%	2.0%	1.7%	1.2%	4.5%
BPSDによって対応困難となった経験なし		5.3%	10.0%	4.0%	6.0%	2.3%	6.3%



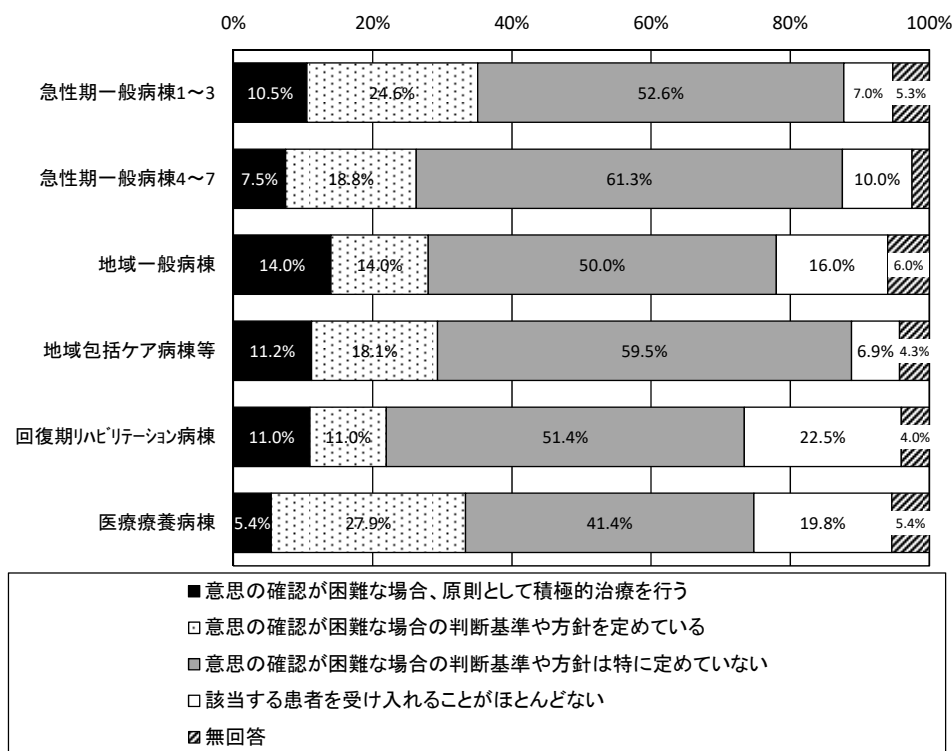
### (3) 意思確認が困難な重度な認知症患者への対応

#### ① 対応方針

意思確認が困難な重度の認知症患者の身体疾患に対する積極的治療を行った場合に、身体疾患の回復は望めるが、認知症の悪化や QOL の低下の恐れが高い場合の対応方針について尋ねたところ、全体として「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない」52.7%が最も多く、次いで「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針を定めている」18.1%であった。

「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない」との回答については「急性期一般病棟4～7」61.3%が最も多くなっており、「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針を定めている」との回答については「医療療養病棟」27.9%が最も多かった。

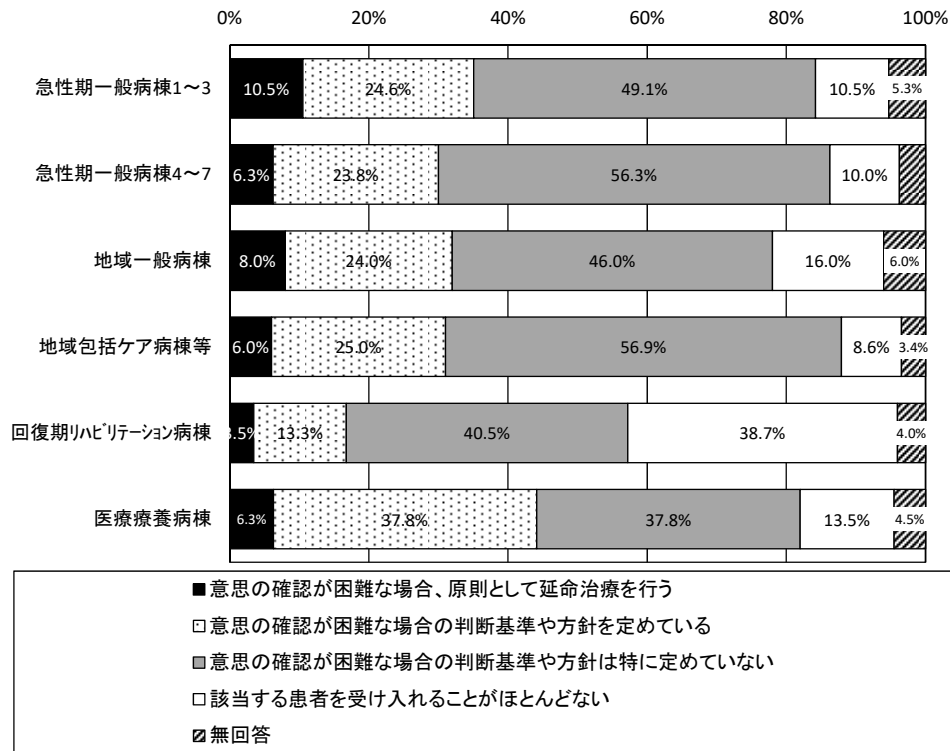
図表29. 意思確認が困難な重度の認知症患者の身体疾患に対する積極的治療を行った場合、身体疾患の回復は望めるが、認知症の悪化や QOL の低下の恐れが高い場合の対応方針



さらに、意思確認が困難な重度の認知症患者の身体疾患に対する積極的治療を行っても回復が望めず、延命のみが可能な場合の対応方針について尋ねたところ、全体として「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない」46.8%が最も多く、次いで「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針を定めている」23.6%であった。

「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない」との回答については「地域包括ケア病棟等」56.9%が最も多くなっており、「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針を定めている」との回答については「医療療養病棟」37.8%が最も多かった。

図表30. 意思確認が困難な重度の認知症患者の身体疾患に対する積極的治療を行っても回復が望めず、延命のみが可能な場合の対応方針



## ② 身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断材料

意思確認が困難な重度の認知症を有する患者について、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断にあたり、判断材料とされているものとして最も多いものについてみると、いずれの病棟種類においても「家族・親族の、治療の方針に関する希望を判断材料とする」が最も多く、次いで「患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、家族・親族から確認し、判断材料とする」が多かった。

「上位3つまで」の集計においても、この2つの回答率が多かったが、それ以外では、「地域一般病棟」を除く病棟種類について、「患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、本人が認める代理人、身元保証人等から確認し、判断材料とする」を挙げる回答が多かった。

多くの病棟において、「家族・親族の治療の方針に関する希望」あるいは「患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、家族・親族から確認」が第1または第2の判断材料となり、それが困難なケースでは、次に身元保証人等からの確認が判断材料となっていることが考えられる。

図表31. 意思確認が困難な重度の認知症を有する患者について、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断にあたり、判断材料とされているもの（最も多いもの）

「最も多いもの」として挙げられた判断材料		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟1～3	2 急性期一般病棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア病棟等	5 回復期リハビリテーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
判断材料	本人や家族・親族の意思の確認よりも、救命を優先する	1.8%	3.8%	4.0%	0.9%	1.2%	2.7%
	治療や看護への抵抗等、しぐさの観察を通じて本人の意思を類推し、判断材料とする	0.0%	1.3%	2.0%	1.7%	4.0%	1.8%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃に、病院において確認した本人の意思を判断材料とする	5.3%	0.0%	2.0%	0.9%	1.7%	1.8%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、家族・親族から確認し、判断材料とする	33.3%	21.3%	28.0%	28.4%	22.5%	25.2%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、本人が認める代理人、身元保証人等から確認し、判断材料とする	1.8%	2.5%	0.0%	0.0%	0.6%	1.8%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、入院前にいた医療機関・介護施設・福祉施設・高齢者向け住まい等から確認し、判断材料とする	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.9%
	家族・親族の、治療の方針に関する希望を判断材料とする	43.9%	60.0%	48.0%	56.9%	42.8%	54.1%
	本人が認める代理人、身元保証人等の、治療の方針に関する意思を判断材料とする	1.8%	0.0%	0.0%	0.9%	0.0%	1.8%
その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	
意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者や、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断を要する患者の受入がほとんどない		10.5%	8.8%	12.0%	9.5%	24.3%	8.1%

図表32. 意思確認が困難な重度の認知症を有する患者について、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断にあたり、判断材料とされているもの（上位3位まで）（複数回答）

＜上位3位以内に挙げられた判断材料＞		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟1～3	2 急性期一般病棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア病棟等	5 回復期リハビリテーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
判断材料	本人や家族・親族の意思の確認よりも、救命を優先する	3.5%	8.8%	8.0%	4.3%	6.4%	8.1%
	治療や看護への抵抗等、しぐさの観察を通じて本人の意思を類推し、判断材料とする	3.5%	12.5%	4.0%	12.1%	11.0%	12.6%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃に、病院において確認した本人の意思を判断材料とする	24.6%	11.3%	10.0%	12.9%	11.6%	17.1%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、家族・親族から確認し、判断材料とする	77.2%	76.3%	66.0%	79.3%	64.7%	69.4%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、本人が認める代理人、身元保証人等から確認し、判断材料とする	31.6%	18.8%	20.0%	20.7%	19.1%	22.5%
	患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、入院前にいた医療機関・介護施設・福祉施設・高齢者向け住まい等から確認し、判断材料とする	14.0%	23.8%	18.0%	19.8%	12.7%	18.0%
	家族・親族の、治療の方針に関する希望を判断材料とする	82.5%	83.8%	76.0%	85.3%	68.8%	80.2%
	本人が認める代理人、身元保証人等の、治療の方針に関する意思を判断材料とする	14.0%	17.5%	22.0%	17.2%	11.0%	18.9%
その他	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.2%	0.0%	
意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者や、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断を要する患者の受入がほとんどない		12.3%	8.8%	14.0%	11.2%	28.9%	9.0%

### ③ 治療方針の決定のためのカンファレンスへの参加職種

意思確認が困難な重度の認知症を有する患者の治療方針の決定のためのカンファレンスへの参加職種についてみると、「必ず参加」との回答については「看護師」86.0%が最も多く、次いで「医師」75.2%、「親族等」70.8%、「MSW」55.2%などとなっていた。一方で、「参加することはない」との回答については、「看護補助者」72.0%が最も多く、次いで「臨床心理技術者」71.6%、「PSW」68.6%、「本人」52.2%などとなっていた。

図表33. 重度の認知症患者の治療方針の決定のためのカンファレンスへの参加職種

職種等	必ず参加	半数以上に参加	半数未満に参加	参加することはない	無回答
本人	3.0%	10.8%	26.5%	52.2%	7.4%
親族等	70.8%	10.0%	5.4%	8.1%	5.7%
医師	75.2%	7.3%	8.4%	3.9%	5.2%
看護職員	86.0%	4.9%	2.2%	2.0%	4.9%
MSW	55.2%	16.7%	9.0%	12.2%	6.9%
PSW	2.9%	2.5%	3.9%	68.6%	22.1%
臨床心理技術者	0.5%	1.7%	4.6%	71.6%	21.6%
PT・OT・ST	32.3%	16.9%	20.6%	21.8%	8.4%
看護補助者	4.9%	3.9%	11.3%	72.0%	7.9%

#### ④ 治療方針の決定上の課題

意思確認が困難な重度の認知症を有する患者の治療方針の決定上の課題についてみると、いずれの病棟種類においても「本人の意思によらず、家族・親族等の希望によって方針が決まりがちである」が最も多かった。また、その他の「治療・ケアに携わる関係者間の意識の共有を十分に行う機会がない」、「本人や家族の希望を十分に把握する機会がない」、「認知症を有する患者に対する対応ノウハウが十分でないことにより、とりうる方針が限られてしまう」のいずれも、「急性期一般病棟1～3」が他の病棟種類に比べて課題として回答する割合が高かった。

図表34. 重度の認知症患者の治療方針の決定上の課題（複数回答）

		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟1～3	2 急性期一般病棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア病棟等	5 回復期リハビリテーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
課題	本人の意思によらず、家族・親族等の希望によって方針が決まりがちである	84.2%	75.0%	82.0%	87.1%	79.8%	78.4%
	治療・ケアに携わる関係者間の意識の共有を十分に行う機会がない	28.1%	17.5%	22.0%	16.4%	15.0%	11.7%
	本人や家族の希望を十分に把握する機会がない	21.1%	15.0%	16.0%	19.0%	9.2%	11.7%
	認知症を有する患者に対する対応ノウハウが十分でないことにより、とりうる方針が限られてしまう	33.3%	21.3%	24.0%	21.6%	22.0%	15.3%
	その他	3.5%	6.3%	2.0%	4.3%	5.8%	3.6%

## 5. 認知症患者への対応にかかる取組や希望

### (1) 認知症患者への対応のために行っている取組

認知症患者への対応のために行っている取組についてみると、いずれの病棟種類においても「患者・家族への声かけ等を行っている」が最も多く、次いで「頻回の見回りを行っている」などとなっていた。逆に、「職員の加配を行っている」との回答は、いずれの病棟種類においても20%を下回った。

また、「認知症患者に対して精神的に寄り添うケアを行っている」、「認知症患者への対応ノウハウの共有や向上を目的とした、院内での研修等を開催している」、「職員に対し、認知症患者の看護やケアに関わる資格取得の支援をしている」、「認知症患者への対応をマニュアル化し、共有している」については、いずれも「急性期一般病棟1～3」が他の病棟種類に比べて多くなっていた。

図表35. 認知症患者への対応のために行っている取組（複数回答）

		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟 棟1～3	2 急性期一般病棟 棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハビリ テーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
取組内容	職員の加配を行っている	8.8%	11.3%	12.0%	16.4%	17.3%	19.8%
	頻回の見回りを行っている	75.4%	80.0%	74.0%	80.2%	80.9%	75.7%
	患者・家族への声かけ等を行っている	78.9%	80.0%	86.0%	87.9%	89.0%	77.5%
	認知症患者に対して精神的に寄り添うケアを行っている	63.2%	43.8%	34.0%	56.9%	53.2%	45.9%
	認知症患者への対応ノウハウの共有や向上を目的とした、院内での研修等を開催している	75.4%	55.0%	50.0%	71.6%	74.0%	64.9%
	認知症患者への対応ノウハウの共有や向上を目的とした、院外での研修等に職員を参加させている	75.4%	68.8%	66.0%	78.4%	73.4%	70.3%
	職員に対し、認知症患者の看護やケアに関わる資格取得の支援をしている	57.9%	28.8%	20.0%	47.4%	41.0%	36.0%
	認知症患者への対応をマニュアル化し、共有している	56.1%	46.3%	28.0%	53.4%	49.7%	45.0%
	認知症患者への対応を行っている職員に対し、ストレスチェックや精神的なケアを行っている	22.8%	23.8%	20.0%	25.9%	28.3%	31.5%
	その他	5.3%	2.5%	2.0%	4.3%	2.3%	3.6%
特に行っていることはない		3.5%	6.3%	2.0%	0.0%	2.3%	3.6%



## (2) 認知症に関する専門職の確保に向けた予定

認知症に関する専門職の確保に向けた予定についてみると、いずれの病棟種類においても「特に予定がない」が最も多かった。

また、「病棟内の看護師が、認知症看護専門看護師の資格を取得予定である」については、「急性期一般病棟 1～3」21.1%が他の病棟種類に比べて多くなっていた。

図表36. 認知症に関する専門職の確保に向けた予定（複数回答）

		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟 1～3	2 急性期一般病棟 4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア 病棟等	5 回復期リハビリ テーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
予定	当該病棟の入院患者を担当することがある医師が、認知症サポート医の研修を受講予定である	7.0%	6.3%	8.0%	8.6%	5.8%	9.0%
	常勤の精神科医を配置予定である	3.5%	0.0%	0.0%	2.6%	2.9%	0.0%
	非常勤の精神科医を配置予定である	5.3%	3.8%	0.0%	1.7%	8.1%	5.4%
	病棟内の看護師が、認知症看護専門看護師の資格を取得予定である	21.1%	6.3%	0.0%	12.9%	11.6%	7.2%
	認知症看護専門看護師を積極的に採用する方針である	8.8%	6.3%	2.0%	9.5%	9.2%	6.3%
	その他	12.3%	11.3%	8.0%	12.1%	11.0%	10.8%
特に予定はない		50.9%	66.3%	76.0%	56.0%	57.8%	59.5%

(3) 認知症患者の受入を増やす、意思決定支援を強化するために得たい連携・支援病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって得たい連携・支援の場面についてみると、いずれの病棟種類においても「患者のBPSDが悪化したときに連携・支援を得たい」が最も多かった。

図表37. 病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって得たい連携・支援の場面（複数回答）

		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟1~3	2 急性期一般病棟4~7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア病棟等	5 回復期リハビリテーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
支援・連携を得たい場面	患者のBPSDが悪化したときに連携・支援を得たい	70.2%	56.3%	64.0%	68.1%	67.1%	59.5%
	治療方針等の意思決定支援に苦慮した際に連携・支援を得たい	61.4%	42.5%	38.0%	50.9%	50.3%	42.3%
	患者のBPSDの悪化や意思決定にかかる課題の有無にかかわらず、定期的な連携・支援を得たい	63.2%	45.0%	26.0%	53.4%	49.7%	34.2%
	その他	3.5%	6.3%	2.0%	1.7%	1.7%	4.5%

また、その連携・支援の内容についてみると、「急性期一般病棟1～3」、「急性期一般病棟4～7」、「地域包括ケア病棟等」、「回復期リハビリテーション病棟」、「医療療養病棟」では「BPSDにより自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい」が最も多く、「地域一般病棟」では「BPSDへの対応に関するアドバイスを受けたい」が最も多かった。

図表38. 病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって得たい連携・支援の内容（複数回答）

		病棟の種類					
		1 急性期一般病棟1～3	2 急性期一般病棟4～7	3 地域一般病棟	4 地域包括ケア病棟等	5 回復期リハビリテーション病棟	6 医療療養病棟
有効回答数		57	80	50	116	173	111
支援・連携を得たい内容	BPSDにより自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい	64.9%	67.5%	56.0%	60.3%	63.0%	58.6%
	認知症を診察できる医師の派遣を受けたい	36.8%	27.5%	16.0%	31.9%	36.4%	29.7%
	認知症の看護やケアができるチームの派遣を受けたい	31.6%	20.0%	14.0%	27.6%	26.6%	15.3%
	BPSDへの対応に関するアドバイスを受けたい	56.1%	45.0%	64.0%	51.7%	49.7%	44.1%
	意思決定支援に関するアドバイスを受けたい	57.9%	36.3%	34.0%	42.2%	38.2%	32.4%
	その他	3.5%	5.0%	2.0%	2.6%	2.3%	4.5%

## 6. 認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態からみた通常の入 期間よりも短い期間で転棟・転院・退院した患者の退棟時の状態

一般・療養病棟調査票では、調査対象病棟に対し、「2018年11月1ヶ月間に認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態からみた通常の入院期間よりも短い期間で退棟した患者」について、その状態像や退棟時の状況について、最大5名分の回答を求めた。回収の結果、225病棟から、計463人の患者分の回答を得た。

本項では、この463人分の回答の集計結果について記載する。

### (1) 通常よりも短い期間の在棟となった最大要因

認知症高齢者の日常生活自立度別に、通常よりも短い期間の在棟となった最大要因を、認知症高齢者の日常生活自立度別にみると、自立度が下がるにつれて、「BPSDに対応するスタッフの負担が大きいこと」を最大の要因とする退棟の割合が大きくなる傾向がみられた。

図表39. 認知症高齢者の日常生活自立度別 通常よりも短い期間の在棟となった最大要因

	有効回答数 (最大要因が 無回答である ものを除く)	通常よりも短い期間の在棟となった最大要因 (%)					
		認知症の悪 化	BPSDに対 応するスタッ フの負担が大 きいこと	家族の希望	入院前に入 所していた 施設等の希 望	上記以外の 要因	
全体	363	13.5	14.3	27.3	11.0	33.9	
認知症高齢 者の日常生 活自立度 (退棟時)	IまたはII	53	11.3	11.3	24.5	5.7	47.2
	IIIaまたはIIIb	182	10.4	12.1	27.5	13.7	36.3
	IV	87	14.9	17.2	33.3	11.5	23.0
	M	18	27.8	33.3	0.0	5.6	33.3
	無回答	23	26.1	13.0	30.4	4.3	26.1

## (2) 退院後の行き先

認知症高齢者の日常生活自立度別に、退棟後の行き先を見たところ、自立度が低い場合は「自宅」が最も多く、自立度が下がるほど、「自宅」に退院する割合は小さくなり、「介護保健施設」の割合が大きくなっていった。

また、退棟後の行き先が「自院の精神病棟」または「他院の精神病棟」であったケースの割合も、自立度が下がるほど割合が大きくなっており、全体が6.0%であるのに対し、認知症高齢者の日常生活自立度がⅣの患者では8.3%、Ⅲの患者では17.9%にのぼった。

図表40. 認知症高齢者の日常生活自立度別 退棟後の行き先

	有効回答数 (行き先が無回答であるものを除く)	退棟後の行き先 (%)								
		自院の他の一般・療養・結核病棟	他院の一般・療養・結核病棟	自院の精神病棟	他院の精神病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	左記以外の場所または不明	
全体	448	5.8	8.5	1.3	4.7	17.4	15.8	38.8	7.6	
認知症高齢者の日常生活自立度 (退棟時)	IまたはII	67	4.5	6.0	0.0	1.5	9.0	10.4	64.2	4.5
	ⅢaまたはⅢb	211	9.0	8.5	0.5	4.3	14.7	17.5	37.9	7.6
	Ⅳ	108	1.9	12.0	2.8	5.6	25.0	14.8	30.6	7.4
	M	28	0.0	7.1	7.1	10.7	28.6	10.7	17.9	17.9
	無回答	34	5.9	2.9	0.0	5.9	17.6	23.5	38.2	5.9

調査票中で選択肢とした15種類のBPSD及び「その他のBPSD」のうち、在棟中に1つ以上に該当していた患者についてみると、患者全体と同様、行き先が「自宅」である患者が多く、行き先が「自院の精神病棟」または「他院の精神病棟」である患者は少なかった。

図表41. BPSDの有無別 退棟後の行き先

	有効回答数（行き先が無回答であるものを除く）	退棟後の行き先（%）								
		自院の他の一般・療養・結核病棟	他院の一般・療養・結核病棟	自院の精神病棟	他院の精神病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	左記以外の場所または不明	
全体	448	5.8	8.5	1.3	4.7	17.4	15.8	38.8	7.6	
在棟中にあったBPSD等	1つ以上のBPSDあり	391	6.4	7.7	1.0	5.4	19.2	15.3	39.6	5.4
	うち「徘徊・帰宅願望」「治療・処置への抵抗」のいずれかあり	238	2.1	6.7	1.3	8.0	18.5	14.7	45.4	3.4
	BPSDについて無回答	57	1.8	14.0	3.5	0.0	5.3	19.3	33.3	22.8

BPSD等の内容別に、退棟後の行き先を見たところ、有効回答数が10人以上であるBPSD等については、いずれも「自宅」が最も多かった。

また、有効回答数が10人以上であるBPSD等のうち、「職員への暴力」「他の患者等への暴言」「治療・処置への抵抗」については、退棟後の行き先が「他院の精神病棟」であったケースの割合が15%を超えた。

図表42. BPSD等の内容別 退棟後の行き先

	有効回答数（行き先が無回答であるものを除く）	退棟後の行き先（%）								
		自院の他の一般・療養・結核病棟	他院の一般・療養・結核病棟	自院の精神病棟	他院の精神病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	左記以外の場所または不明	
全体	448	5.8	8.5	1.3	4.7	17.4	15.8	38.8	7.6	
在棟中にあったBPSD等	職員への暴言	95	4.2	7.4	0.0	11.6	22.1	11.6	41.1	2.1
	他の患者等への暴言	24	4.2	4.2	0.0	16.7	12.5	12.5	45.8	4.2
	職員への暴力	55	1.8	5.5	0.0	21.8	25.5	14.5	29.1	1.8
	他の患者等への暴力	7	14.3	0.0	0.0	14.3	0.0	42.9	28.6	0.0
	職員に対するつきまとい	7	14.3	0.0	14.3	14.3	14.3	14.3	28.6	0.0
	他の患者等に対するつきまとい	4	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	50.0	25.0	0.0
	徘徊・帰宅願望	191	2.1	4.7	1.0	8.4	16.8	14.7	48.7	3.7
	治療・処置への抵抗	102	2.0	8.8	1.0	15.7	17.6	15.7	38.2	1.0
	奇声・大声	118	11.0	9.3	0.8	5.9	26.3	12.7	27.1	6.8
	抑うつ	35	2.9	2.9	2.9	5.7	14.3	31.4	34.3	5.7
	自傷	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	異食	3	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0
	弄便	11	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	27.3	54.5	9.1
	挿管・点滴等の抜去	78	7.7	7.7	0.0	3.8	20.5	17.9	35.9	6.4
	その他のBPSD	75	9.3	10.7	1.3	2.7	18.7	16.0	36.0	5.3
	無回答	57	1.8	14.0	3.5	0.0	5.3	19.3	33.3	22.8

### (3) 退院後の行き先と通常よりも短い期間の在棟となった最大要因

退棟後の行き先別に、通常よりも短い期間の在棟となった最大要因をみると、「自院の精神病棟」については、「BPSDに対応するスタッフの負担が大きいこと」の割合が他の行き先に比べて多くなっていた。

また、「他院の精神病棟」では「認知症の悪化」の割合が、「介護保健施設」や「有料老人ホーム・高齢者向け住宅」では「入院前に入所していた施設等の希望」の割合が、「自宅」では「家族の希望」の割合が他の行き先に比べて多くなっていた。

図表43. 退棟後の行き先別 通常よりも短い期間の在棟となった最大要因

	全体（行き先が無回答であるものを除く）	退棟後の行き先								
		自院の他の一般・療養・結核病棟	他院の一般・療養・結核病棟	自院の精神病棟	他院の精神病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	左記以外の場所または不明	
全体	360	17	36	6	19	69	53	136	24	
通常よりも短い期間の在棟となった最大要因 (%)	認知症の悪化	13.3	0.0	8.3	16.7	57.9	13.0	9.4	14.0	0.0
	BPSDに対応するスタッフの負担が大きいこと	14.2	0.0	8.3	33.3	21.1	26.1	5.7	15.4	0.0
	家族の希望	27.2	11.8	25.0	0.0	5.3	14.5	32.1	40.4	16.7
	入院前に入所していた施設等の希望	11.1	0.0	0.0	0.0	0.0	27.5	35.8	0.0	8.3
	上記以外の要因	34.2	88.2	58.3	50.0	15.8	18.8	17.0	30.1	75.0

(4) 通常よりも短い期間の在棟となった最大要因と在棟中にあった BPSD 等

通常よりも短い期間の在棟となった最大要因別に、在棟中にあった BPSD 等の割合をみると、いずれの要因についても、最も多かった BPSD 等は「徘徊・帰宅願望」であるが、最大要因が「BPSD に対応するスタッフの負担が大きいこと」であるものについては、「職員への暴言」が 53.8%、「職員への暴力」が 36.5%にのぼっており、最大要因が他のものであるケースよりも、割合が大きくなっていた。

図表44. 通常よりも短い期間の在棟となった最大要因別 在棟中にあった BPSD 等（複数回答）

	全体	通常よりも短い期間の在棟となった最大要因					
		認知症の悪化	BPSDに対応するスタッフの負担が大きいこと	家族の希望	入院前に入所していた施設等の希望	左記以外の要因	無回答
有効回答数	463	49	52	99	40	123	100
職員への暴言	21.0	34.7	53.8	16.2	17.5	12.2	14.0
他の患者等への暴言	5.4	10.2	13.5	5.1	2.5	2.4	4.0
職員への暴力	12.3	22.4	36.5	8.1	10.0	4.9	9.0
他の患者等への暴力	1.5	0.0	0.0	1.0	0.0	1.6	4.0
職員に対するつきまとい	1.7	6.1	1.9	0.0	2.5	0.8	2.0
他の患者等に対するつきまとい	0.9	0.0	3.8	0.0	0.0	0.8	1.0
徘徊・帰宅願望	41.9	67.3	69.2	50.5	42.5	25.2	27.0
治療・処置への抵抗	22.7	34.7	40.4	25.3	22.5	16.3	13.0
奇声・大声	26.1	32.7	38.5	19.2	40.0	17.9	28.0
抑うつ	8.0	10.2	1.9	10.1	7.5	9.8	6.0
自傷	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0
異食	0.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8	2.0
弄便	3.0	0.0	7.7	3.0	2.5	0.8	5.0
挿管・点滴等の抜去	17.1	12.2	11.5	16.2	12.5	24.4	16.0
その他のBPSD	16.4	12.2	15.4	14.1	20.0	20.3	15.0
無回答	14.3	4.1	0.0	7.1	10.0	22.8	25.0



## 第3章 精神病棟調査票の集計結果

### 1. 精神病棟調査票の回答病院の概況

#### (1) 病院全体の病床の状況

病院全体の病床数をみると、精神病床が80%未満である118病院の許可病床数は平均で569.1床、うち精神病床は93.2床であった。精神病床が80%以上100%未満である35病院の許可病床数は平均で286.1床、うち精神病床は248.5床であった。精神病床が100%である75病院の許可病床数は平均で215.2床であった。

図表45. 精神病棟調査票の回答病院の病床数 (n=228)

病院の区分		有効 回答数	病院の病床数 (1病院当たり)					合計
			一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	
精神病床 の割合	80%未満	118	452.4床	20.8床	93.2床	1.5床	1.3床	569.1床
	80%以上100%未満	35	15.2床	22.3床	248.5床	0.1床	0.0床	286.1床
	100%	75	0.0床	0.0床	215.2床	0.0床	0.0床	215.2床
認知症身体合併症 管理加算の施設基準	届出あり	168	297.3床	12.5床	149.2床	0.9床	0.8床	460.7床
	届出なし	54	69.5床	16.8床	180.2床	0.4床	0.4床	267.3床
認知症疾患医療 センターの指定	指定あり	52	294.7床	12.3床	165.4床	1.0床	0.5床	473.8床
	指定なし	170	217.1床	15.8床	153.2床	0.8床	0.7床	387.7床
合計		228	236.7床	14.2床	157.2床	0.8床	0.7床	409.6床

#### (2) 病院全体の職員数

病院全体の職員数をみると、精神病床が80%未満である116病院では、医師数が213.8人、うち精神科医が9.5人、認知症専門医が1.0人であった。また、看護職員が515.5人であり、うち認知症看護の専門看護師が1.3人であった。

精神病床が80%以上100%未満である35病院では、医師数が11.1人、うち精神科医が7.9人、認知症専門医が0.6人であった。また、看護職員が99.7人であり、うち認知症看護の専門看護師は0.3人であった。

精神病床が100%である73病院では、医師数が11.1人、うち精神科医が8.1人、認知症専門医が0.5人であった。また、看護職員が85.4人であり、うち認知症看護の専門看護師は0.2人であった。

図表46. 病院全体の職種別常勤換算職員数 (n=224)

病院の区分		有効 回答数	病院全体の常勤換算職員数 (1病院当たり)			病院全体の常勤換算職員数 (1病院当たり)				
			医師	うち精神科 医	うち認知症 専門医	看護職員	うち認知症 看護の専門 看護師	MSW	PSW	臨床心理技 術者
精神病床 の割合	80%未満	116	213.8人	9.5人	1.0人	515.5人	1.3人	5.4人	3.8人	3.1人
	80%以上100%未満	35	11.1人	7.9人	0.6人	99.7人	0.3人	0.6人	7.3人	2.0人
	100%	73	11.1人	8.1人	0.5人	85.4人	0.2人	0.3人	7.6人	2.5人
認知症身体合併症 管理加算の施設基準	届出あり	166	148.9人	9.4人	0.9人	375.0人	0.9人	3.7人	5.6人	3.0人
	届出なし	53	23.5人	7.0人	0.5人	132.6人	0.3人	0.8人	5.6人	2.0人
認知症疾患医療 センターの指定	指定あり	52	161.8人	11.6人	1.6人	391.5人	1.0人	3.8人	7.3人	4.3人
	指定なし	166	97.9人	7.7人	0.5人	275.2人	0.7人	2.5人	4.9人	2.2人
合計		224	116.1人	8.8人	0.8人	310.4人	0.8人	3.0人	5.6人	2.7人

(3) 認知症身体合併症管理加算の施設基準の届出および認知症疾患医療センターの指定状況

認知症身体合併症管理加算の施設基準の届出を行っている病院は、精神病床 80%未満の病院で 84.7%、精神病床 80%以上 100%未満の病院で 57.1%、精神病床 100%の病院で 64.0%であった。

認知症疾患医療センターの指定を受けている病院は、精神病床 80%未満の病院で 24.6%、精神病床 80%以上 100%未満の病院で 25.7%、精神病床 100%の病院で 18.7%であった。

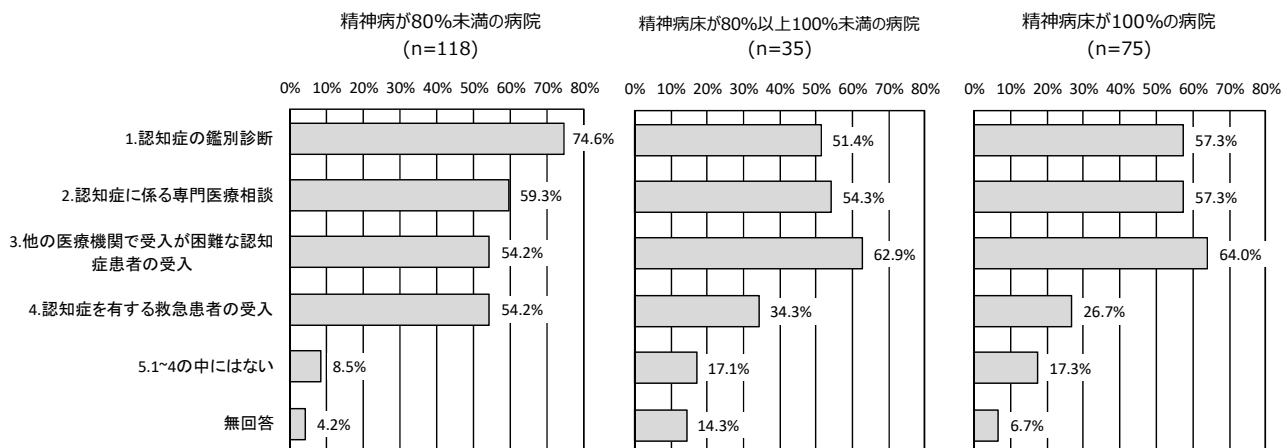
図表47. 認知症ケア加算の施設基準の届出状況 (n=228)

病院の区分		有効 回答数	認知症身体合併症 管理加算の施設基準			認知症疾患医療 センターの指定		
			届出あり	届出なし	無回答	指定あり	指定なし	無回答
精神病床 の割合	80%未満	118	100	16	2	29	86	3
	80%以上100%未満	35	20	11	4	9	24	2
	100%	75	48	27	0	14	60	1
合計		228	168	54	6	52	170	6
病院の区分			認知症身体合併症 管理加算の施設基準			認知症疾患医療 センターの指定		
			届出あり	届出なし	無回答	指定あり	指定なし	無回答
精神病床 の割合	80%未満		84.7%	13.6%	1.7%	24.6%	72.9%	2.5%
	80%以上100%未満		57.1%	31.4%	11.4%	25.7%	68.6%	5.7%
	100%		64.0%	36.0%	0.0%	18.7%	80.0%	1.3%
合計			73.7%	23.7%	2.6%	22.8%	74.6%	2.6%

#### (4) 認知症について回答病院が担っていると回答した役割

認知症について自院が担っていると回答した役割についてみると、「認知症の鑑別診断」や「認知症を有する救急患者の受入」については精神病床 80%未満の病院の方が精神病床 80%以上 100%未満の病院や精神病床 100%の病院よりも回答率が高く、「他の医療機関で受入れ困難な認知症患者の受入」では精神病床 80%以上 100%未満の病院や精神病床 100%の病院の方が精神病床 80%未満の病院よりも回答率が高かった。

図表48. 認知症について回答病院が担っていると回答した役割（複数回答）



## 2. 精神病棟の概況

回答施設の精神病棟の配置職員数（常勤換算人数、1病院当たり）、精神病棟に入院中の患者の診療を行う身体疾患を専門とする医師数（実人数、1病院当たり）は下表のとおりである。

図表49. 精神病棟の職種別職員配置（常勤換算数）

病院の区分		有効回答数	精神病棟の常勤換算職員数（1病院当たり）								合計
			看護職員	うち認知症看護の専門看護師	MSW	PSW	臨床心理技術者	PT・OT・ST	看護補助者	その他の職種	
精神病棟の割合	80%未満	116	37.5人	0.3人	0.4人	1.8人	1.2人	2.3人	9.0人	1.8人	54.0人
	80%以上100%未満	35	78.4人	0.3人	0.3人	3.4人	0.7人	3.4人	29.7人	9.5人	125.4人
	100%	74	72.7人	0.1人	0.0人	4.3人	1.1人	4.2人	23.6人	8.2人	114.1人
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	167	54.0人	0.2人	0.3人	2.7人	1.2人	2.9人	16.2人	5.2人	82.5人
	届出なし	53	60.4人	0.3人	0.1人	3.8人	1.1人	3.9人	18.6人	4.2人	92.0人
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	52	62.6人	0.5人	0.3人	3.3人	1.2人	2.7人	17.8人	6.5人	94.4人
	指定なし	167	52.1人	0.2人	0.2人	2.8人	1.1人	3.3人	16.3人	4.5人	80.3人
合計		225	55.3人	0.2人	0.3人	2.9人	1.1人	3.1人	17.0人	5.1人	84.8人

※精神病棟を有する病院（精神病棟）を複数有する病院については、当該病院の合計数の対応を求めているため、表の数字は、1病院当たりの数字ではない。

図表50. 精神病棟に入院中の患者の診療を行う身体疾患を専門とする医師数（実人数）

病院の区分		有効回答数	精神病棟に入院中の患者の診療を行う医師のうち、身体疾患を専門とする医師（実人数、1病院当たり）
精神病棟の割合	80%未満	104	21.5人
	80%以上100%未満	26	2.2人
	100%	69	1.2人
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	152	15.4人
	届出なし	45	0.7人
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	46	27.8人
	指定なし	148	6.8人
合計		199	11.9人

※精神病棟を有する病院（精神病棟）を複数有する病院については、当該病院の合計数の対応を求めているため、表の数字は、1病院当たりの数字ではない。

### 3. 精神病棟の入院患者の状況

2018年12月1日時点の精神病棟の入院患者数は128.4人であり、そのうち認知症の治療が主たる入院目的である患者は31.2人(精神病棟の入院患者数全体の24.3%)、さらにそのうち、身体疾患への対応を実施した患者は10.7人(認知症治療が入院目的の患者の34.1%)であった。

図表51. 精神病棟の入院患者数 (2018年12月1日時点)

病院の区分		有効回答数	12月1日時点で精神病棟に入院中の患者数 (1病院当たり)					患者の割合			
			入院患者全体 (A)	うち認知症の治療が主たる入院目的 (B)	Bのうち、身体疾患への対応を実施 (C)	Bのうち、精神科身体合併症管理加算を算定 (D)	Bのうち、身体疾患の治療・管理のために転院・転棟することが望ましいが、認知症が原因で受入先が確保できていない	B÷A	C÷B	D÷B	E÷B
精神病床の割合	80%未満	114	73.7人	21.1人	8.4人	0.8人	0.4人	28.7%	39.9%	3.82%	1.95%
	80%以上100%未満	32	214.7人	55.8人	18.4人	1.0人	0.3人	26.0%	32.9%	1.79%	0.50%
	100%	70	178.2人	36.4人	10.7人	0.4人	1.0人	20.4%	29.5%	1.22%	2.86%
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	161	123.9人	31.7人	11.3人	1.0人	0.8人	25.6%	35.5%	3.15%	2.60%
	届出なし	50	142.5人	24.2人	6.6人	0.0人	0.1人	17.0%	27.2%	0.08%	0.41%
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	51	134.0人	43.1人	10.6人	0.5人	0.3人	32.1%	24.6%	1.23%	0.73%
	指定なし	159	125.9人	26.4人	9.9人	0.8人	0.7人	20.9%	37.5%	2.89%	2.60%
合計		216	128.4人	31.2人	10.7人	0.7人	0.6人	24.3%	34.1%	2.30%	1.91%

## 4. 患者の入退棟の状況

2018年11月1ヶ月間の新規入棟患者の入棟前の居場所についてみると、「自宅」50.6%が最も多く、次いで「他院の精神病棟」16.9%などとなっていた。

図表52. 新規入棟患者の入棟前の居場所の構成（2018年11月1ヶ月間）

病院の区分		有効回答数	新規入棟患者のうち認知症の治療が主たる入院目的である割合	認知症の治療が主たる入院目的である患者の入棟前の居場所の構成割合						
				自院の精神病棟以外の病棟	他院の精神病棟	他院の精神病棟以外の病棟	介護保険施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	その他の場所
精神病床の割合	80%未満	102	30.9%	10.6%	10.6%	8.1%	4.8%	7.7%	56.0%	2.1%
	80%以上100%未満	31	28.5%	9.1%	19.0%	1.5%	11.3%	8.8%	50.4%	0.0%
	100%	63	21.0%	0.0%	28.2%	5.9%	12.2%	12.9%	39.4%	1.4%
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	147	27.6%	7.7%	15.9%	6.4%	7.5%	8.1%	52.7%	1.8%
	届出なし	43	18.0%	4.7%	19.7%	6.3%	12.6%	8.7%	48.0%	0.0%
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	49	26.1%	10.2%	14.3%	2.4%	10.2%	8.0%	54.9%	0.0%
	指定なし	141	26.5%	5.9%	19.4%	7.6%	6.2%	9.1%	49.7%	2.2%
合計		196	27.2%	7.7%	16.9%	6.0%	8.1%	9.2%	50.6%	1.4%

2018年11月1ヶ月間の退棟患者の退棟後の居場所についてみると、「自宅」34.1%が最も多く、次いで「他院の精神病棟以外の病棟」13.7%などとなっていた。

図表53. 退棟患者の退棟後の居場所の構成（2018年11月1ヶ月間）

病院の区分		有効回答数	退棟患者のうち認知症の治療が主たる入院目的であった割合	認知症の治療が主たる入院目的であった患者の退棟後の居場所の構成割合							
				自院の精神病棟以外の病棟	他院の精神病棟	他院の精神病棟以外の病棟	介護保健施設	有料老人ホーム・高齢者向け住宅	自宅	その他の場所	死亡退院
精神病床の割合	80%未満	102	31.4%	6.5%	9.6%	6.5%	9.4%	12.1%	44.4%	1.5%	9.9%
	80%以上100%未満	31	32.8%	7.5%	3.9%	20.6%	15.4%	8.8%	27.8%	0.7%	15.4%
	100%	63	21.7%	0.7%	6.0%	22.4%	19.4%	17.1%	18.4%	0.7%	15.4%
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	147	29.4%	5.1%	8.1%	13.6%	11.8%	12.2%	35.6%	1.3%	12.3%
	届出なし	43	18.7%	3.0%	6.8%	15.8%	20.3%	15.0%	27.8%	0.8%	10.5%
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	49	28.0%	6.0%	7.6%	10.5%	17.0%	15.6%	31.3%	0.9%	11.2%
	指定なし	141	28.2%	4.4%	6.3%	16.1%	10.4%	11.7%	36.8%	1.3%	12.9%
合計		196	28.6%	5.4%	7.4%	13.7%	13.3%	12.5%	34.1%	1.1%	12.5%

## 5. 身体疾患への対応状況

精神病棟において対応可能な治療・処置の内容についてみると、「感染症への対応」60.5%が最も多く、次いで「心不全への対応」37.3%などとなっていた。

また、精神病床の割合が高くなるほど、対応可能な治療・処置が少なくなる傾向にあった。

図表54. 精神病棟において対応可能な治療・処置の内容（複数回答）

病院の区分		有効回答数	精神病棟において対応している割合							
			全身麻酔下の手術	左記以外の手術	吐血・喀血・下血への対応	呼吸不全への対応	心不全への対応	感染症への対応	代謝疾患（肝不全、腎不全、重症糖尿病）への対応	その他
精神病床の割合	80%未満	118	39.0%	44.9%	44.9%	45.8%	43.2%	69.5%	45.8%	11.9%
	80%以上100%未満	35	2.9%	8.6%	22.9%	40.0%	45.7%	48.6%	28.6%	8.6%
	100%	75	1.3%	1.3%	9.3%	21.3%	24.0%	52.0%	8.0%	10.7%
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	168	26.2%	31.0%	34.5%	41.1%	39.9%	63.1%	36.3%	11.3%
	届出なし	54	7.4%	7.4%	14.8%	24.1%	24.1%	50.0%	14.8%	11.1%
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	52	19.2%	28.8%	28.8%	44.2%	42.3%	57.7%	34.6%	13.5%
	指定なし	170	20.6%	21.8%	28.8%	34.1%	34.7%	60.6%	28.8%	10.6%
合計		228	21.1%	25.0%	29.8%	36.8%	37.3%	60.5%	30.7%	11.0%

さらに、精神病棟では対応できないが、他の病棟を含む自院で対応可能な治療・処置の内容についてみると、「感染症への対応」74.1%が最も多く、次いで「心不全への対応」62.3%などとなっていた。

図表55. 精神病棟では対応できないが他の病棟を含む自院で対応可能な治療・処置の内容（複数回答）

病院の区分		有効回答数	精神病棟以外の病棟も含む院内において対応している割合							
			全身麻酔下の手術	左記以外の手術	吐血・喀血・下血への対応	呼吸不全への対応	心不全への対応	感染症への対応	代謝疾患（肝不全、腎不全、重症糖尿病）への対応	その他
精神病床の割合	80%未満	118	72.0%	68.6%	78.8%	87.3%	85.6%	91.5%	82.2%	16.9%
	80%以上100%未満	35	8.6%	8.6%	28.6%	45.7%	54.3%	54.3%	34.3%	14.3%
	100%	75	5.3%	5.3%	13.3%	25.3%	29.3%	56.0%	13.3%	13.3%
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	168	49.4%	47.6%	59.5%	69.6%	70.8%	80.4%	61.9%	14.3%
	届出なし	54	14.8%	13.0%	20.4%	35.2%	33.3%	53.7%	25.9%	20.4%
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	52	50.0%	48.1%	55.8%	71.2%	75.0%	76.9%	63.5%	17.3%
	指定なし	170	35.9%	34.1%	46.5%	56.5%	57.1%	72.4%	47.6%	15.3%
合計		228	40.4%	38.6%	49.6%	60.5%	62.3%	74.1%	52.2%	15.4%

## 6. 身体疾患への対応にあたり得たい支援等

病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって得たい連携・支援の場面についてみると、「患者の身体疾患の急変時」73.7%、「患者の身体疾患にかかる異常の有無にかかわらず、定期的に」44.7%、「その他」8.8%であった。

また、その連携・支援の内容についてみると、「身体疾患により自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい」73.7%、「身体疾患への対応に関するアドバイスを受りたい」37.3%、「身体疾患に対応できる医師の派遣を受けたい」19.3%、「その他」8.8%であった。

図表56. 病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって得たい連携・支援の場面・内容（複数回答）

病院の区分		有効回答数	支援・連携を得たい場面			得たい支援・連携の内容			
			患者の身体疾患の急変時	患者の身体疾患にかかる異常の有無にかかわらず、定期的に	その他	身体疾患により自院での対応が難しい患者の一時的な受入れ	身体疾患に対応できる医師の派遣	身体疾患への対応に関するアドバイス	その他
精神病床の割合	80%未満	118	67.8%	50.0%	13.6%	61.9%	22.9%	39.0%	12.7%
	80%以上100%未満	35	62.9%	34.3%	5.7%	71.4%	8.6%	22.9%	5.7%
	100%	75	88.0%	41.3%	2.7%	93.3%	18.7%	41.3%	4.0%
認知症身体合併症管理加算の施設基準	届出あり	168	73.8%	45.8%	8.9%	70.8%	19.6%	40.5%	8.3%
	届出なし	54	74.1%	42.6%	9.3%	81.5%	18.5%	27.8%	11.1%
認知症疾患医療センターの指定	指定あり	52	76.9%	48.1%	7.7%	78.8%	28.8%	40.4%	7.7%
	指定なし	170	72.4%	44.7%	8.8%	71.8%	16.5%	35.9%	8.8%
合計		228	73.7%	44.7%	8.8%	73.7%	19.3%	37.3%	8.8%



## 第4章 インタビュー調査

### 1. 調査方法と対象施設

アンケート調査回答施設等の中から、下記の条件に当てはまる2病院を選定し、インタビュー調査を実施した。

#### <対象施設の選定方針>

- ・BPSDを有する患者の受入があり、かつ原則として身体拘束等を行っていない。
- ・認知症により本人意思の確認が困難な場合の対応方法について方針を定めている。
- ・認知症を有する患者の割合が高い。

#### <対象施設>

- ・A病院（福島県）：病床数99床（地域包括ケア病棟、医療療養病床、介護療養病床）の病院
- ・B病院（東京都）：病床数500床強（一般病棟、回復期リハ病棟、介護療養病床、精神病棟）の病院

### 2. 調査結果概要

#### <認知症の人で対応に困る症状等>

- ・ケアミックス病院であるB病院では、認知症の患者では、興奮や他の患者や職員に対する攻撃（蹴ったり、殴ったり、引っ掻いたり）が最も対応が困難であると、挙げられた。これは、それまでの生活環境と大きく変わったことも原因となっていると考えられている。徘徊が見られる患者もおり、一般病棟は閉鎖ではないために出て行かないよう目をかけなければならない。
- ・A病院では、療養病棟の患者は寝たきりの者も多いが、地域包括ケア病棟の患者は自立度が高い患者も多く、留置しているチューブ等を引き抜いてしまうこともある。

#### <認知症 BPSD への対応方法>

- ・A病院では、できるだけ手厚い体制をとるべく、介護福祉士資格を有する看護補助者を配置するようにしている。また、夜間時間帯の徘徊等への対応のために、ベッドサイドにセンサーマットを導入したものの、マットをよける患者も出てきたため、最近赤外線探知できるセンサーの導入を始めた。自己抜去への対応として、家族から同意書をとった上で拘束せざるを得ないこともある。
- ・さらに、A病院では近隣の精神科医による定期的な診察を受け対応していたが、近年常勤の精神科医を確保することができた。これにより適切な薬剤処方につながる等の効果が見えてきている。

- ・もともと精神病棟があり、常勤の精神科医がいる B 病院であっても、一般病棟では、認知症患者への対応はそれぞれの病棟にゆだねられている。対応方法としては、元の生活に近い環境（トイレにできるだけ近い病室にする等）を用意したり、持ち物は家からなじみのあるものを持ってきてもらったり、ユマニチュードで対応したりする。また、認知症の症状を含めて、できるだけどのような状況で、どのような症状が出たか（お風呂を嫌がる等）を記録するようにし、その内容をカンファレンス等で共有し、対応方針を検討するようにしている。
- ・また、B 病院では、一般病棟からの依頼により、多職種メンバー（精神科医師、認知症認定看護師、薬剤師、検査技師、ソーシャルワーカー等）による認知症回診を行い、対応についてのアドバイスを行ったり、精神科の医師に依頼をして薬を調整してもらう等の対応を行っている。
- ・これらの対応でも暴力や徘徊等の症状が治まらない場合、B 病院では必要最低限の対応としてミトンや車椅子ベルトを使用している。これらは、院内共通のアセスメント表を用いて、医師⇒病棟管理者⇒院長のサインを得て初めて使用が可能となる。使用をやめる際も同様にアセスメント表を用いて、週 1 回のカンファレンス等で判断する。また、近々主任クラスの看護師で、抑制のある患者について回診をすることを検討している。これは、病棟任せになりがちな対応に、他の視点を入れることが必要であると思われるからである。

#### <認知症患者の入院受け入れ基準等>

- ・A 病院では、入院患者のほとんどが近隣病院からの転院患者が多かったが、地域包括ケア病棟を設けた後は、地域の診療所等に外来通院していた患者の急性増悪やレスパイトにより直接入院してくるケースが増えている。これらの患者について、認知症であるから受け入れを拒否することはないが、地域包括ケア病棟設置前より、BPSD がコントロールされていない患者が増えてきている。
- ・精神病棟もあり、一定の対応が可能であるため、B 病院では、一般病棟であっても、認知症を有するからといって患者の受入れを拒否することはない。入院患者は在宅からの移行か、近隣の急性期病院からの転院が多い。

#### <認知症患者の転院・転棟基準等>

- ・B 病院では、一般病棟で各種対応を行ったうえでも、他者に危害を加える、自傷行為がある、徘徊がひどい等、一般病棟の看護師・介護士で対応が難しい場合は、院内の精神科病棟への転棟も検討する。一般病棟での転棟先は閉鎖病棟である精神病棟か、内科的要素が強く寝たきり等で動くことが少ない場合は身体合併症病棟になるかが選択される。

#### <認知症患者の意思決定支援>

- ・A 病院、B 病院ともに、認知症の患者の意思決定に関して、明文化された基準はなかった。
- ・具体的な実践においては、A 病院では、家族等との話し合いによって方針を決めている。今後は、事前に本人意思の確認ができるよう、アドバンス・ケア・プランニングをより進める必要性を感じている。

- ・B 病院では、家族の話を踏まえて治療方針等を判断する。本人が意思疎通できても、考えがころころ変わることがあるため、都度最善と思われる選択をするよう、家族に促す。ただし、家族でも認知症の症状に対する認識がない場合もあるので、病院側としては症状や日々の様子を説明している。その際、家族でも 1 人だけではなく、キーパーソンを中心に複数人に話すように心がけている。

#### <認知症患者の入院受け入れの課題>

- ・今後、認知症の患者はより多くなってくると考えられる。A 病院では、現状、一般診療所からの入院患者については、認知症の状況等、背景情報が不足しており、看護の中での情報収集が課題となっている。今後、独居高齢の増加を考えると、在宅医療だけを受け皿とすることにも限界があり、認知症への対応はより病院に求められる機能となると考えている。
- ・B 病院では、認知症の人への対応は、人手がかかるため、人員を増やすことが必要となると考えている。人手がないと、認知症の人からちょっとと呼び止められても、後でね、となったりしてそれが認知症の人にとってのストレスとなる。また、自己抜去を行う人についても目をかけていられないからでもある。ゆっくりと対応ができるだけの人員配置があることにより、拘束等も行わずに対応することができるが、現在の人員配置基準ではできないことは限られている。

## 第5章 まとめと提言

### 1. 調査結果のまとめ

(1) 一般・療養病棟における認知症を有する患者の対応状況について

#### <一般・療養病棟において対応や受入が困難となりやすいBPSDの内容>

- ・一般・療養病棟において、対応困難となりやすい認知症 BPSD としては、徘徊・帰宅願望が最も多く、次いで治療・処置への抵抗、職員への暴力、奇声・大声が多い。このうち、「治療・処置への抵抗」については、急性期一般病棟1～3でより顕著である。

#### <一般・療養病棟における認知症を有する患者への対応状況>

- ・BPSDにより対応困難となった際にとられる対応として、職員が常時付き添うといった対応のほか、身体拘束や行動を落ち着かせるための薬剤投与が、急性期～慢性期を問わず、多くの病棟で行われている。これらに比べると、「とられることが多い対応」として、精神病棟への転院・転棟要請を挙げた病棟は少ない。
- ・これを病棟の種類別にみると、医療療養病床では、精神病棟への転院・転棟要請を挙げた病棟の割合がやや多い。これは、入棟期間が長い医療療養病棟では、対応困難な症例が長期にわたり入院した後に、精神病棟に転棟・転院するケースが多いことが考えられる。
- ・BPSDにより対応困難な患者に対し、職員が常時付き添う病棟や、認知症患者への対応のための取組として、頻回の見回りを行っている病棟は多い一方、職員の加配を行う病棟は少ない。

#### <一般・療養病棟における認知症を有する患者の退棟（退院・転院・転棟）の状況>

- ・認知症を有する退棟患者のうち、認知症への対処のために退棟した者の割合は、いずれの病棟種類においても、6%に満たない。
- ・認知症を有する退棟患者の行き先としては、医療療養病床を除いては「自宅」が最も多い。一方、精神病棟への退棟は、最も多い「医療療養病棟」においても2%に満たない。
- ・「認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態から見た通常の入院期間よりも短い期間で退棟した患者」についてみると、退棟後の行き先が精神病棟であったケースは、認知症が重度であるほど、割合が大きい。認知症を有する患者が一般・療養病棟から精神病棟に転院・転棟するケースは、認知症を有する患者全体の中では少ないものの、重度の認知症の場合は、その割合が大きくなるものと考えられる。
- ・「認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態から見た通常の入院期間よりも短い期間で退棟した患者」について、BPSD等があった患者の退棟後の行き先をみると、「自宅」が最も多く、精神病棟への転院・転棟は少ない。この理由としては、BPSD等があった回答の中に、一過性の意識障害であるせん妄が含まれており、その多くを一般・療養病床で対応治療して在宅に返していることが考えられる。

**<一般・療養病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するにあたって必要な支援・連携>**

- ・いずれの病棟区分においても、「BPSDにより自院での対応が難しい患者の一時的な受入」を挙げた病棟が50%台～60%台にのぼる。また、「BPSDへの対応に関するアドバイスを受けたい」との回答は40%台～60%台、「意思決定支援に関するアドバイスを受けたい」との回答は30%～50%である。

**(2) 一般・療養病棟における意思確認の困難な重度の認知症を有する患者の意思決定支援について**

**<意思確認の困難な重度の認知症を有する患者の治療・延命の方針にあたっての判断材料>**

- ・一般・療養病棟において、認知症により本人の意思の確認が困難な患者の治療や延命の方針は、家族・親族の希望や、家族・親族を通じて確認した過去の本人の意思が、判断材料とされることが多い。
- ・また、本人の意思ではなく、家族・親族の希望によって決定がなされていることを課題ととらえている病棟も多い。

**<患者本人や家族の意志を把握・尊重するための取組>**

- ・意思確認の困難な重度の認知症を有する患者に対する積極的な治療や延命治療について、医療療養病棟のうちの41.4%、それ以外の病棟区分では50%以上の病棟が、「意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない」と回答した。また、「意思の確認が困難な場合、原則として積極的な治療を行う」や「意思の確認が困難な場合、原則として延命治療を行う」との回答は、急性期一般病棟のみならず、医療療養病棟でもみられた。

**(3) 精神病棟における身体合併症への受入困難や対応について**

**<精神病棟における身体疾患への対応状況>**

- ・精神病床を有する病院のうち、精神病床が80%以上の病院では、それ未満の病院に比べ、手術や重度の代謝疾患への対応を困難とする病棟が多い。

**<身体合併症を有する患者に関する連携の状況・課題>**

- ・現状で、「認知症の治療が主たる入院目的である患者のうち、身体疾患の治療・管理のために転院・転棟することが望ましいが、認知症が原因で受入先が確保できていない」との回答の割合は小さい。
- ・一方、精神病棟において認知症患者の受入を増やす、あるいは意思決定支援を強化するに当たって得たい支援内容としては、身体疾患により自院での対応が難しい患者の受入を希望する病棟が多い。

## 2. 調査結果を踏まえた提言

### (1) 患者情報の的確なアセスメント

- ・各病棟ともに多く存在する認知症患者の、入棟前の居場所は一般病棟では自宅が多い。入院の理由も、「身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入院」であることが多く、別の病院や病棟からの転院・転棟よりも、在宅から入院に至ることが多いのが実態である。自宅から入棟する場合には、往々にして認知症の状態像や生活背景等を含め、患者に関する細かい情報が担当病棟で把握されていないこともありうる。
- ・認知症の患者については、日常の生活からの変化によって症状が悪化する等もあるため、従前の状況を含めて、個々の患者の状況をしっかりとアセスメントし、対応を検討することが必要である。
- ・なお、入棟時のアセスメントだけではなく、日々の様子、気になった症状等も記録をし、病棟内で共有することも必要である。病棟では家族も知らない症状が出現することもあるため、認知症をはじめその後の対応を検討するに際しても、アセスメントにより、患者の状態を包括的に把握することが重要である。

### (2) 精神科がない場合の支援体制の充実

- ・認知症の BPSD により、一般病棟等で対応が困難となり、その対応のために退棟となる患者はわずかではあるが、存在するのも事実である。一般病院への入院の場合は、身体疾患が主要因で入院しているため、その疾患の回復ではない理由での退棟は好ましくはないが、暴力行為等の対応が難しい場合には、他の病棟への転棟、転院、施設への入所等の選択をせざるを得ないこともある。
- ・BPSD により対応困難となった場合の対応としては、「家族の付添」とならんで、「薬剤の服用」「身体拘束」が上位にのぼっている。本来であれば、職員が常時付き添ったり、患者の要望等にこまめに対応したり、寄り添いのケア等の対応をすることが望ましいと思われるが、職員の加配等が行われることはほとんどなく、現状維持が通常の人員体制では対応が難しいのも現実である。
- ・また、認知症患者の対応のために精神科医をはじめ、専門職の確保ができることが好ましいが、そのような体制整備も難しいのが実態である。
- ・これらを踏まえると、精神病棟がない病院においては、内部で余裕をもった人材配置ができることも重要ではあるが、地域全体で認知症患者を診る体制により、対応するような支援体制を構築していくことが望まれる。

### (3) 意思確認が難しい認知症患者への対応に関する国全体での議論の必要性

- ・これからますます増加することが見込まれている認知症患者については、本人との意思疎通が難しいだけでなく、家族と本人の意向が異なることも多く、治療方針の決定に苦慮する医療機関も多いのが現実である。
- ・病院として意思確認が困難な場合の判断基準や方針が特に定められていないことも多いのは、これらの方針を個別の医療機関がそれぞれ決定することは非常に負担が大きいことにも起因すると思われる。

- ・認知症患者への対応のあり方については、医療そのもののありようにもつながることである。すでの方針や判断基準を設けている病院等の取組も参考とする一方で、個別病院だけで検討・決定を行うようにするだけではなく、国全体で議論が展開されることが必要である。
- ・この調査の結果からは、現在は医療機関間の連携はある程度行われているが、今後大幅に増加する認知症患者に対応するにはさらなる連携が必要になる。また、それぞれの医療機関は認知症患者の治療・ケアに対応できる治療・ケアの知識・技術を持たなければならない状況である。





## 付屬資料

1. 一般・療養病棟調査票

2. 精神病棟調査票



【           】

厚生労働省平成30年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関：全日本病院協会】

認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業

**一般・療養病棟調査票**

※特に記載がない限り、2018年12月1日現在の状況についてご回答ください。

問1 貴院の名称や、**病院全体**の状況についてご回答ください。

1) 医療機関名						
2) 許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	合計
	(    )床	(    )床	(    )床	(    )床	(    )床	(    )床
3) 認知症ケア加算の施設基準の届出状況 (○は1つ)	01. 認知症ケア加算1の届出あり 02. 認知症ケア加算2の届出あり 03. 認知症ケア加算の届出なし					
4) 認知症疾患医療センターの指定状況 (○は1つ)	01. 指定あり                      02. 指定なし					
5) 認知症について貴院が担っている役割 (当てはまる番号すべてに○)	01. 認知症の鑑別診断 02. 認知症に係る専門医療相談 03. 他の医療機関で受入が困難な認知症患者の受入 04. 認知症を有する救急患者の受入 05. 01～04の中にはない					
6) <b>貴院全体の職員数</b> (常勤換算、小数点第2位を四捨五入)	医師		うち精神科医	うち認知症専門医	うち認知症サポート医	
	(   .   )人		(   .   )人	(   .   )人	(   .   )人	
	看護職員	うち認知症看護の認定看護師	MSW	精神保健福祉士 (PSW)	臨床心理技術者	
(   .   )人		(   .   )人	(   .   )人	(   .   )人	(   .   )人	

※問2以降は、貴院のうち ★(当該病院について調査対象とする入院料を印字) を算定する病棟の中から1病棟をお選びいただき、その病棟(以下、「貴病棟」)についてご回答ください。

**問2** 病棟の名称や概況についてご回答ください。

1) 病棟名 (「2階A病棟」「さくら病棟」等、病棟の名称をご記入ください)					
2) 2018年11月の平均在棟日数 (小数点第2位を四捨五入)					( . )日
3) 貴病棟の病床数	①許可病床数				( )床
	②うち、診療報酬上の入院料の届出を行っている病床数				( )床
	③うち、 <b>病室単位での</b> 地域包括ケア入院医療管理料の届出病床数 (該当する病室がない場合には、「0」をご記入ください)				( )床
	④うち、 <b>病室単位での</b> 特殊疾患入院医療管理料の届出病床数 (該当する病室がない場合には、「0」をご記入ください)				( )床
4) 貴病棟について届け出ている入院料 (〇は1つ)		01. 急性期一般病棟入院基本料1      02. 急性期一般病棟入院基本料2 03. 急性期一般病棟入院基本料3      04. 急性期一般病棟入院基本料4 05. 急性期一般病棟入院基本料5      06. 急性期一般病棟入院基本料6 07. 急性期一般病棟入院基本料7      08. 地域一般病棟入院基本料1 09. 地域一般病棟入院基本料2      10. 地域一般病棟入院基本料3 11. 01～10以外の入院料			
5) 貴病棟の職員数 (専ら当該病棟で業務を行っている職員の常勤換算人数、小数点第2位を四捨五入)	看護職員	うち認知症看護の認定看護師	MSW	精神保健福祉士(PSW)	合計
	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人
	臨床心理技術者	PT・OT・ST	看護補助者	その他の職種	
( . )人	( . )人	( . )人	( . )人		
6) 貴病棟に入院中の患者の診療を行う医師のうち、精神科医の数 (実人数)					( )人
7) 貴病棟に入院中の患者の診療を行う医師のうち、認知症専門医の数 (実人数)					( )人

問3 2018年12月1日時点において、貴病棟に入院中の患者数（12月1日に退棟・退院・死亡した患者を除く）についてご回答ください。

1) 貴病棟に入院中の患者数		( )人
2) うち、認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ・Ⅳ・Mの入院患者数 (診断の有無によらず、認知症を有する患者数をご回答ください。また、指標名は「認知症高齢者の日常生活自立度」となっていますが、若年性認知症の患者も含めてご回答ください。)	2a) うち、自立度がⅢ	( )人
	2b) うち、自立度がⅣ	( )人
	2c) うち、自立度がM	( )人
3) 12月1日に認知症ケア加算1または2を算定した入院患者数	3a) うち、認知症ケア加算（ア14日以内の期間）を算定	( )人
	3b) うち、認知症ケア加算（イ15日以上期間）を算定	( )人

問4 2018年12月1日時点において、貴病棟に入院中の患者（12月1日に退棟・退院・死亡した患者を除く）のうち、下記の状態にあてはまる方的人数をご回答ください。

1)、2)、3)のうち複数に該当する患者については、それぞれにカウントしてください。

1) 認知症のために、治療方針に関する本人の意思の確認が困難と思われる	( )人
2) 認知症への対処のために、専門医療機関または病棟へ転院・転棟することが望ましいが、身体疾患が原因で受入先が確保できていない	( )人
3) 貴病棟での治療目標には到達しているが、認知症が原因で次の行き先が確保できていない	( )人

問5 2018年11月1日～30日の1ヶ月間に、貴病棟において認知症ケア加算を1回以上算定した実人数と、算定のべ回数をご回答ください。

1) 認知症ケア加算を1回以上算定した入院患者の実人数	( )人
2a) 認知症ケア加算（ア14日以内の期間）の算定のべ回数	( )回
2b) 認知症ケア加算（イ15日以上期間）の算定のべ回数	( )回

問6 2018年11月1日～30日の1ヶ月間に、貴病棟に入棟(転棟・転院・入院)した患者数についてご回答ください。

1) 貴病棟に新規入棟した患者数		( )人
2) 1)のうち、認知症を有する患者数 (診断の有無によらず、認知症を有する患者数をご回答ください)		( )人
3) 2)のうち、入棟前の居場所別の患者数 (3a～3fの合計人数が、2)の人数と等しくなるように、ご回答ください)	3a) 貴院の他病棟からの転棟	( )人
	3a-1) うち、貴院の精神病棟からの転棟	( )人
	3b) 他の医療機関からの転院	( )人
	3b-1) うち、精神科病院または他病院の精神病棟からの転院	( )人
	3c) 介護保険施設からの入院	( )人
	3d) 有料老人ホーム・高齢者向け住宅からの入院	( )人
4) 2)のうち、入棟の理由別の患者数 (4aと4bの合計人数は、2)の人数と等しくなくても結構です)	3e) 自宅からの入院 (本設問の「自宅」とは、介護・生活支援サービスが提供される施設や高齢者向け住宅を除く、 <b>本人や家族が生活している家</b> のことを指します)	( )人
	3f) 3a～3e以外の場所からの入棟	( )人
	4a) 身体疾患の発生・悪化に伴う緊急入棟	( )人
	4b) 身体疾患の発生・悪化に伴う予定入棟	( )人

問7 2018年11月1日～30日の1ヶ月間に、貴病棟から退棟(転棟・転院・退院)した患者数についてご回答ください。

1) 貴病棟から退棟した患者数		( )人
2) 1)のうち、認知症を有する患者数 (診断の有無によらず、認知症を有する患者数をご回答ください)		( )人
3) 2)のうち、退棟先別の患者数 (3a～3gの人数の合計が、2)の人数と等しくなるようご回答ください)	3a) 貴院の他病棟への転棟	( )人
	3a-1) うち、貴院の精神病棟への転棟	( )人
	3b) 他の医療機関への転院	( )人
	3b-1) うち、精神科病院または他病院の精神病棟への転院	( )人
	3c) 介護保険施設への退院	( )人
	3d) 有料老人ホーム・高齢者向け住宅への退院	( )人
	3e) 自宅への退院 (本設問の「自宅」とは、介護・生活支援サービスが提供される施設や高齢者向け住宅を除く、 <b>本人や家族が生活している家</b> のことを指します)	( )人
4) 2)のうち、退棟の理由別の患者数	3f) 3a～3e以外の場所への退棟	( )人
	3g) 死亡による退院	( )人
	4a) 認知症への対処のための退棟	( )人
	4a-1) うち、認知症やそれに伴う症状を原因とする、身体疾患の状態からみた通常の入院期間よりも早い退棟	( )人

**問8** 貴病棟における、認知症を有する患者の受入や対応に関する状況についてご回答ください。

1) 認知症を有する患者の受入・入院継続等に係る貴病棟での対応方針について、ご回答ください。  
 (病院単位で対応方針を定めており、それが貴病棟に適用される場合も、「貴病棟での対応方針」に含まれます。)

① 認知症を有する患者の受入の可否に関する判断基準や方針を定めている (○は1つ)	01. 定めている	02. 定めていない
② 認知症を有する患者の入院継続の可否に関する判断基準や方針を定めている (○は1つ)	01. 定めている	02. 定めていない

2) 貴病棟において、受入・入院継続が困難となった経験のある BPSD として、多いものから上位 3 つを、以下の回答欄に番号でご記入ください。  
 (BPSD によって受入・入院継続が困難となった経験がない場合は、「最も多いもの」の欄に「16」とご記入ください。)

- 01. 職員への暴言
- 02. 他の患者等への暴言
- 03. 職員への暴力
- 04. 他の患者等への暴力
- 05. 職員に対するつきまとい
- 06. 他の患者等に対するつきまとい
- 07. 徘徊・帰宅願望
- 08. 治療・処置への抵抗
- 09. 奇声・大声
- 10. 抑うつ
- 11. 自傷
- 12. 異食
- 13. 弄便
- 14. 挿管・点滴等の抜去
- 15. その他 ( )
- 16. BPSD によって受入・入院継続が困難となった経験はない

	→ 最も多いもの		2 番目に多いもの		3 番目に多いもの
--	----------	--	-----------	--	-----------

3) 貴病棟において、認知症患者の BPSD により対応が困難となった際にとる対応として、多いものから上位 3 つを、以下の回答欄に番号でご記入ください。  
 (BPSD によって対応が困難となった経験がない場合は、「最も多いもの」の欄に「09」とご記入ください。)

- 01. 職員が常時付き添う
- 02. 家族に付き添いを要請する
- 03. 個室への入室を要請する
- 04. 身体拘束 (※1) を行う
- 05. 行動を落ち着かせるために薬剤を服用させる
- 06. 精神科の医療機関・病棟への転院・転棟を要請する
- 07. 早期退院を求める
- 08. その他 ( )
- 09. 認知症患者の BPSD により対応が困難となった経験はない

※1 本調査票での「身体拘束」とは、下記のような行為を指します。

- ・徘徊しないように、車いすやいす、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ・転落しないように、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ・自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- ・点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、また皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- ・車いすやいすからずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y 字型拘束帯や腰ベルト、車いすテーブルをつける。
- ・立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるようないすを使用する。
- ・脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣(つなぎ服)を着せる。
- ・他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- ・自分の意思で開けることのできない居室等に隔離する。

	→ 最も多いもの		2 番目に多いもの		3 番目に多いもの
--	----------	--	-----------	--	-----------

4) 認知症患者の BPSD への対応について、苦慮されていることがあればご記入ください。

**問9** 貴病棟における、意思疎通の難しい認知症の入院患者の意思決定支援等に関する状況について、ご回答ください。

1) 意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者に対して、下記のようなケースの場合、積極的治療や延命を行うかに関する、貴病棟での対応方針についてご回答ください。  
(病院単位で対応方針を定めており、それが貴病棟に適用される場合も、「貴病棟での対応方針」に含まれます。)

① 身体疾患に対する積極的治療を行った場合、身体疾患の回復は望めるが、認知症の悪化やQOLの低下の恐れが高い場合 (最もあてはまる番号1つに○)	01. 意思の確認が困難な場合、原則として積極的治療を行う 02. 意思の確認が困難な場合の判断基準や方針を定めている 03. 意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない 04. 該当する患者を受け入れることがほとんどない
② 回復が望めず、延命のみが可能な場合 (最もあてはまる番号1つに○)	01. 意思の確認が困難な場合、原則として延命治療を行う 02. 意思の確認が困難な場合の判断基準や方針を定めている 03. 意思の確認が困難な場合の判断基準や方針は特に定めていない 04. 該当する患者を受け入れることがほとんどない

2) 意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者について、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断にあたり、貴病棟において判断材料とされているものについて、多いものから上位3つを、以下の回答欄に、番号でご記入ください。  
(該当する患者の受入がほとんどない場合は、「最も多いもの」の欄に「10」とご記入ください。)

01. 本人や家族・親族の意思の確認よりも、救命を優先する
02. 治療や看護への抵抗等、しぐさの観察を通じて本人の意思を類推し、判断材料とする
03. 患者本人との意思疎通が可能であった頃に、貴院において確認した本人の意思を判断材料とする  
(この選択肢03は、長期にわたり入院している、入院前から貴院が治療にあっていた等の患者で、意思疎通が困難となる前に、貴院において当該患者の意思が確認できたケースを想定しています。)
04. 患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、家族・親族から確認し、判断材料とする
05. 患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、本人が認める代理人、身元保証人等から確認し、判断材料とする
06. 患者本人との意思疎通が可能であった頃の本人の意思を、入院前にいた医療機関・介護施設・福祉施設・高齢者向け住まい等から確認し、判断材料とする
07. 家族・親族の、治療の方針に関する希望を判断材料とする
08. 本人が認める代理人、身元保証人等の、治療の方針に関する意思を判断材料とする
09. その他( )
10. 意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者や、身体疾患に対する積極的治療や延命を行うか否かの判断を要する患者の受入がほとんどない

→	最も多いもの	2番目に多いもの	3番目に多いもの
---	--------	----------	----------

3) 意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者の治療方針の決定のために行うカンファレンスへの、各職種等の参加状況についてご回答ください。(○は各1つ)

本人	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
親族等	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
医師	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
看護職員	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
MSW	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
精神保健福祉士 (PSW)	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
臨床心理技術者	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
PT・OT・ST	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない
看護補助者	01.必ず参加	02.半数以上に参加	03.半数未満に参加	04.参加することはない



4) 意思疎通の難しい重度の認知症を有する患者の治療方針の決定にあたり、貴病棟で課題となっていることについて、ご回答ください。(当てはまる番号すべてに○)

- 01. 本人の意思によらず、家族・親族等の希望によって方針が決まりがちである
- 02. 治療・ケアに携わる関係者間の意識の共有を十分に行う機会がない
- 03. 本人や家族の希望を十分に把握する機会がない
- 04. 認知症を有する患者に対する対応ノウハウが十分でないことにより、とりうる方針が限られてしまう
- 05. その他 ( 具体的に: \_\_\_\_\_ )

**問 10** 貴病棟における、認知症を有する患者への対応にかかる取組や希望についてご回答ください。

<p>1) 貴病棟において、認知症を有する患者に対応するために取り組んでいること (当てはまる番号すべてに○)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>01. 職員の加配を行っている</li> <li>02. 頻回の見回りを行っている</li> <li>03. 患者・家族への声かけ等を行っている</li> <li>04. 認知症患者に対して精神的に寄り添うケアを行っている</li> <li>05. 認知症患者への対応ノウハウの共有や向上を目的とした、院内での研修等を開催している</li> <li>06. 認知症患者への対応ノウハウの共有や向上を目的とした、院外での研修等に職員を参加させている</li> <li>07. 職員に対し、認知症患者の看護やケアに関わる資格取得の支援をしている</li> <li>08. 認知症患者への対応をマニュアル化し、共有している</li> <li>09. 認知症患者への対応を行っている職員に対し、ストレスチェックや精神的なケアを行っている</li> <li>10. その他 ( _____ )</li> <li>11. 特に行っていることはない</li> </ul>				
<p>2) 認知症に関する専門職の確保に向けた予定 (当てはまる番号すべてに○)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>01. 貴病棟の入院患者を担当することがある医師が、認知症サポート医の研修を受講予定である</li> <li>02. 常勤の精神科医を配置予定である</li> <li>03. 非常勤の精神科医を配置予定である</li> <li>04. 病棟内の看護師が、認知症看護専門看護師の資格を取得予定である</li> <li>05. 認知症看護専門看護師を積極的に採用する方針である</li> <li>06. その他 ( _____ )</li> <li>07. 特に予定はない</li> </ul>				
<p>3) 今後、貴病棟において、認知症を有する患者の受入を増やす、あるいは治療に係る意思決定支援を強化するとして得たい連携や支援 (当てはまる番号すべてに○)</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="568 1514 798 1760"> <p>①支援・連携を得たい場面</p> </td> <td data-bbox="798 1514 1481 1760"> <ul style="list-style-type: none"> <li>01. 患者の BPSD が悪化したときに連携・支援を得たい</li> <li>02. 治療方針等の意思決定支援に苦慮した際に連携・支援を得たい</li> <li>03. 患者の BPSD の悪化や意思決定にかかる課題の有無に関わらず、定期的な連携・支援を得たい</li> <li>04. その他 ( _____ )</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="568 1760 798 2078"> <p>②得たい支援・連携の内容</p> </td> <td data-bbox="798 1760 1481 2078"> <ul style="list-style-type: none"> <li>01. BPSD により自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい</li> <li>02. 認知症を診療できる医師の派遣を受けたい</li> <li>03. 認知症の看護やケアができるチームの派遣を受けたい</li> <li>04. BPSD への対応に関するアドバイスを受けたい</li> <li>05. 意思決定支援に関するアドバイスを受けたい</li> <li>06. その他 ( _____ )</li> </ul> </td> </tr> </table>	<p>①支援・連携を得たい場面</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>01. 患者の BPSD が悪化したときに連携・支援を得たい</li> <li>02. 治療方針等の意思決定支援に苦慮した際に連携・支援を得たい</li> <li>03. 患者の BPSD の悪化や意思決定にかかる課題の有無に関わらず、定期的な連携・支援を得たい</li> <li>04. その他 ( _____ )</li> </ul>	<p>②得たい支援・連携の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>01. BPSD により自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい</li> <li>02. 認知症を診療できる医師の派遣を受けたい</li> <li>03. 認知症の看護やケアができるチームの派遣を受けたい</li> <li>04. BPSD への対応に関するアドバイスを受けたい</li> <li>05. 意思決定支援に関するアドバイスを受けたい</li> <li>06. その他 ( _____ )</li> </ul>
<p>①支援・連携を得たい場面</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>01. 患者の BPSD が悪化したときに連携・支援を得たい</li> <li>02. 治療方針等の意思決定支援に苦慮した際に連携・支援を得たい</li> <li>03. 患者の BPSD の悪化や意思決定にかかる課題の有無に関わらず、定期的な連携・支援を得たい</li> <li>04. その他 ( _____ )</li> </ul>				
<p>②得たい支援・連携の内容</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>01. BPSD により自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい</li> <li>02. 認知症を診療できる医師の派遣を受けたい</li> <li>03. 認知症の看護やケアができるチームの派遣を受けたい</li> <li>04. BPSD への対応に関するアドバイスを受けたい</li> <li>05. 意思決定支援に関するアドバイスを受けたい</li> <li>06. その他 ( _____ )</li> </ul>				

**問 11** 2018年11月1日～30日の1ヶ月間に貴病棟から退棟（転棟・転院・退院）した患者のうち、認知症やそれに伴う症状のために、身体疾患の状態からみた通常の入院期間よりも短い期間で転棟・転院・退院した患者の、退棟時の状態についてご回答ください。回答にあたっては、退棟時期が最近である順から最大5人分について、患者1人につき回答欄1行に記入してください。そのような患者が5人に満たない場合には、該当する患者の人数分のみご記入いただければ結構です。

患者	A. 退棟時の年齢	B. 主たる傷病（○は1つ）									C. 認知症高齢者の日常生活自立度（退棟時）（○は1つ）				D. 在棟中にあったBPSD等（当てはまる番号すべてに○）															E. 通常よりも短い期間の在棟となった最大の要因（○は1つ）					F. 退棟後の行き先（○は1つ）							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
1人目	( )歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
2人目	( )歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
3人目	( )歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
4人目	( )歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8
5人目	( )歳	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8

※2 「F. 退棟後の行き先」の選択肢7「自宅」は、介護・生活支援サービスが提供される施設や高齢者向け住宅を除く、**本人や家族が生活している家**のことを指します。

質問は以上です。ご回答が終わりましたら、12月21日（金）までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

ご協力いただき、まことにありがとうございました。

【       】

厚生労働省平成30年度老人保健健康増進等事業 【調査実施機関：全日本病院協会】

認知症の症状が進んできた段階における身体合併症に関する調査研究事業

### 精神病棟調査票

※特に記載がない限り、2018年12月1日現在の状況についてご回答ください。

問1 貴院の名称や病院全体の状況についてご回答ください。

1) 医療機関名								
2) 許可病床数	一般病床	療養病床	精神病床	結核病床	感染症病床	合計		
	( )床	( )床	( )床	( )床	( )床	( )床		
3) 精神科身体合併症管理加算の施設基準の届出状況 (○は1つ)	01. 届出あり		02. 届出なし					
4) 認知症疾患医療センターの指定状況 (○は1つ)	01. 指定あり		02. 指定なし					
5) 認知症について貴院が担っている役割 (当てはまる番号すべてに○)	01. 認知症の鑑別診断		02. 認知症に係る専門医療相談					
	03. 他の医療機関で受入が困難な認知症患者の受入		04. 認知症を有する救急患者の受入					
05. 01～04の中にはない								
6) 貴院全体の職員数 (常勤換算、小数点第2位を四捨五入)	医師	うち 精神科医	うち認知症 専門医	看護職員	うち認知症 看護の認定 看護師	MSW	精神保健 福祉士 (PSW)	臨床心理 技術者
	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人

※問2以降は、貴院のうち、精神病床を有する病棟(以下、「精神病棟」と表記)についてご回答ください。

※また、精神病床を有する病棟が複数ある場合は、該当する病棟分を、合算してご回答ください。

問2 精神病棟の概況についてご回答ください。

1) 精神病床について、届け出ている入院料 (当てはまる番号すべてに○)	01. 精神病棟入院基本料		02. 精神療養病棟入院料			
	03. 認知症治療病棟入院料		04. 精神科救急入院料			
05. 精神科急性期治療病棟入院料1、2		06. 精神科救急・合併症入院料				
07. 特定機能病院入院基本料(精神病棟)		08. その他				
2) 精神病床を有する病棟の職員数 (常勤換算、小数点第2位を四捨五入)	看護職員	うち認知症看護 の認定看護師	MSW	精神保健福祉士 (PSW)	合計	
	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	
	臨床心理技術者	PT・OT・ST	看護補助者	その他の職種	( . )人	
( . )人		( . )人	( . )人	( . )人	( . )人	
3) 精神病床を有する病棟に入院中の患者の診療を行う医師のうち、身体疾患を専門とする医師(実人数)			( . )人			

問3 2018年12月1日時点において、精神病棟に入院中の患者数(在棟患者数)についてご回答ください。

1) 精神病棟に入院中の患者数(11月1日に退棟・退院・死亡した患者を除く)	( . )人
2) 1)のうち、認知症の治療が主たる入院目的である患者数	( . )人
3) 2)のうち、身体疾患への対応を行った患者数	( . )人
4) 2)のうち、11月1日に精神科身体合併症管理加算を算定した患者数	( . )人
5) 2)のうち、身体疾患の治療・管理のために転院・転棟することが望ましいが、認知症が原因で受入先が確保できていない患者数	( . )人

問4 2018年11月1日～30日の1ヶ月間に、精神病棟に入棟(転棟・転院・入院)した患者数についてご回答ください。

1) 精神病棟に新規入棟した患者数(貴院内の精神病棟間の転棟を除く)	( )人	
2) 1)のうち、認知症の治療が主たる入院目的である患者数	( )人	
3) 2)のうち、入棟前の居場所別の患者数 (3a～3fの人数の合計が、2)の人数と等しくなるようご回答ください)	3a) 貴院の一般病棟、療養病棟または結核病棟からの転棟	( )人
	3b) 他の医療機関からの転院	( )人
	3b-1) うち、他の医療機関の精神病棟からの転院	( )人
	3c) 介護保険施設からの入院	( )人
	3d) 有料老人ホーム・高齢者向け住まいからの入院	( )人
	3e) 自宅からの入院 (本設問の「自宅」とは、介護・生活支援サービスが提供される施設や高齢者向け住宅を除く、 <b>本人や家族が生活している家</b> のことを指します)	( )人
3f) 3a～3e以外の場所からの入棟	( )人	

問5 2018年11月1日～30日の1ヶ月間に、精神病棟から退棟(転棟・転院・退院)した患者数についてご回答ください。

1) 精神病棟から退棟した患者数(貴院内の精神病棟間の転棟を除く)	( )人	
2) 1)のうち、認知症の治療が主たる入院目的であった患者数	( )人	
3) 2)のうち、退棟先別の患者数 (3a～3gの人数の合計が、2)の人数と等しくなるようご回答ください)	3a) 貴院の一般病棟、療養病棟または結核病棟への転棟	( )人
	3b) 他の医療機関への転院	( )人
	3b-1) うち、他の医療機関の精神病棟への転院	( )人
	3c) 介護保険施設への退院	( )人
	3d) 有料老人ホーム・高齢者向け住まいへの退院	( )人
	3e) 自宅への退院 (本設問の「自宅」とは、介護・生活支援サービスが提供される施設や高齢者向け住宅を除く、 <b>本人や家族が生活している家</b> のことを指します)	( )人
3f) 3a～3e以外の場所への退棟	( )人	
3g) 死亡による退院	( )人	
4) 2)のうち、身体疾患への対処のために転院・転棟した患者数	( )人	

問6 精神病棟および貴院における、身体疾患への対応状況についてご回答ください。

1) 精神病棟において対応可能な治療・処置内容 (当てはまる番号すべてに○)	01. 全身麻酔下での手術 03. 吐血・喀血・下血への対応 05. 心不全への対応 07. 代謝疾患(肝不全、腎不全、重症糖尿病)への対応 08. その他( )	02. 01.以外の手術 04. 呼吸不全への対応 06. 感染症への対応
2) 精神病棟では対応できないが、貴院の他の病棟において対応可能な治療内容 (当てはまる番号すべてに○)	01. 全身麻酔下での手術 03. 吐血・喀血・下血への対応 05. 心不全への対応 07. 代謝疾患(肝不全、腎不全、重症糖尿病)への対応 08. その他( )	02. 01.以外の手術 04. 呼吸不全への対応 06. 感染症への対応

問7 今後、貴院の精神病棟において、身体疾患を有する認知症患者の受入を増やすとした場合に、身体疾患を専門とする他病棟・他院から得たい連携や支援についてご回答ください。

1) 支援・連携を得たい場面 (当てはまる番号すべてに○)	01. 患者の身体疾患が急変したときに連携・支援を得たい 02. 患者の身体疾患にかかる異常の有無に関わらず、定期的な連携・支援を得たい 03. その他( )
2) 得たい支援・連携の内容 (当てはまる番号すべてに○)	01. 身体疾患により自院での対応が難しい患者について、一時的な受入を行ってほしい 02. 身体疾患に対応できる医師の派遣を受けたい 03. 身体疾患への対応に関するアドバイスを受けたい 04. その他( )

質問は以上です。ご回答が終わりましたら、12月21日(金)までに、同封の返信用封筒にてご返送ください。

ご協力いただき、まことにありがとうございました。

# 事業実施体制

「認知症の症状が進んできた段階における  
身体合併症に関する調査研究事業」

事業実施体制

【事業検討委員会】

委員長	木下 毅	公益社団法人全日本病院協会常任理事 医療法人愛の会光風園病院理事長
副委員長	土屋 繁之	医療法人慈繁会土屋病院理事長
委員	清水 紘	財団法人仁風会京都南西病院理事長
委員	本庄 弘次	医療法人弥生会本庄内科病院理事長
委員	仲井 培雄	医療法人社団和楽仁芳珠記念病院理事長
委員	西村 勇人	医療法人社団芙蓉会二ツ屋病院理事長
委員	進藤 晃	医療法人財団利定会大久野病院理事長
委員	田中 圭一	医療法人笠松会有吉病院理事長
特別委員	栃本 一三郎	上智大学総合人間科学部社会福祉学科教授

事業担当副会長 美原 盤 公益財団法人脳血管研究所美原記念病院院長

【業務一部委託先】

みずほ情報総研株式会社 社会政策コンサルティング部  
村井昂志  
田中陽香  
種田郁子

【事務局】

公益社団法人全日本病院協会 企画業務課 久下、向井

【事業検討委員会開催日時】

第1回	平成30年7月22日(日)	13時～15時
第2回	平成30年8月30日(木)	15時～17時
第3回	平成30年9月29日(土)	18時～20時
第4回	平成30年12月8日(土)	16時～18時
第5回	平成31年2月7日(木)	15時～17時
第6回	平成31年3月3日(日)	15時30分～17時30分

## 不許複製 禁無断転載

平成 30 年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業）  
認知症の症状が進んできた段階における  
身体合併症に関する調査研究事業 報告書

発行日 平成 31 年 3 月

発行者 公益社団法人全日本病院協会

住 所 〒101-8378

東京都千代田区神田猿樂町 2-8-8 住友不動産猿樂町ビル 7F

電話 03-5283-7441（代）